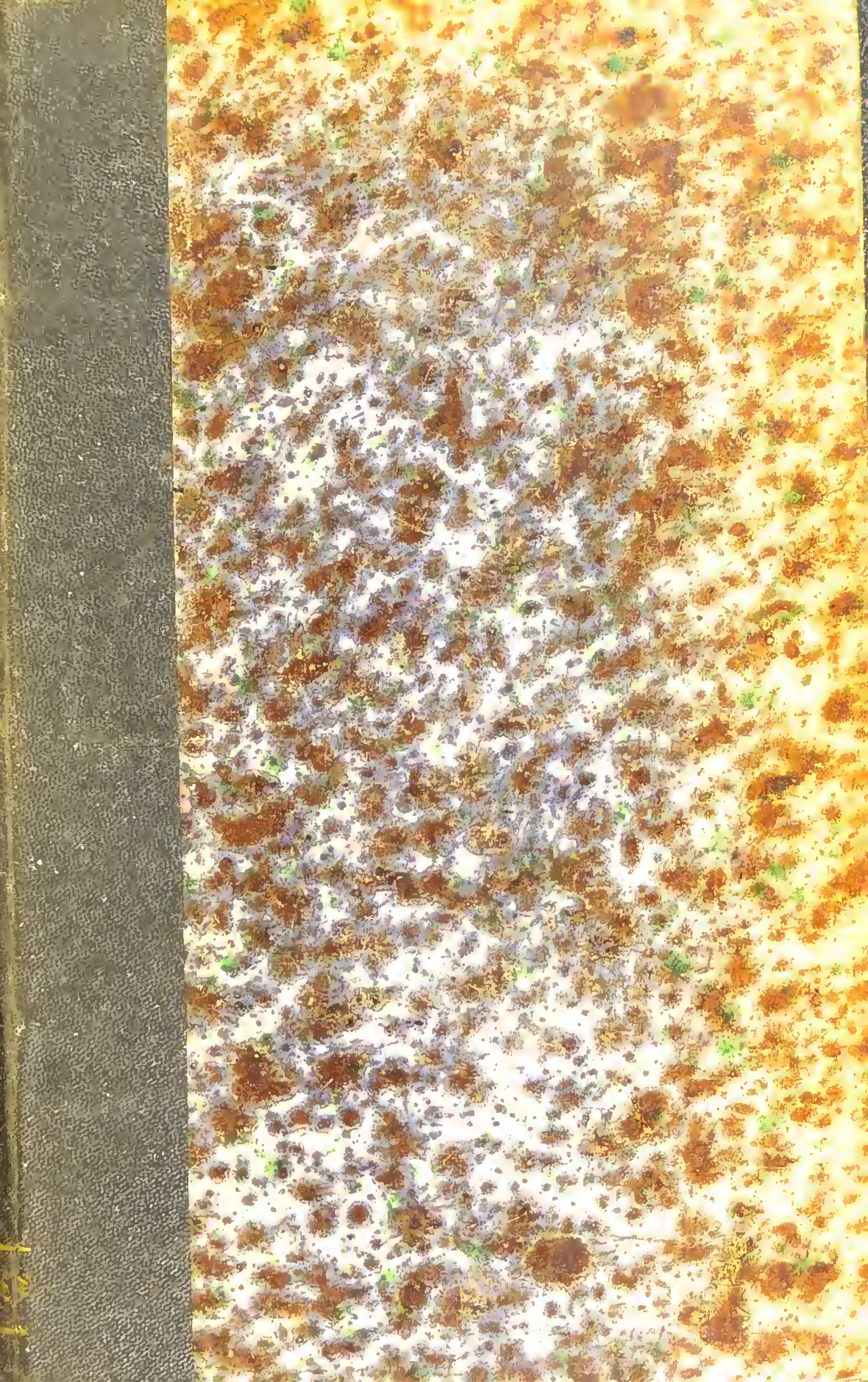
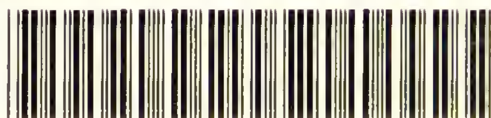




DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année. 5 fr.

— 2e année 1 vol. de 759 pages. 6 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques et considérations générales sur les maladies du cœur, du docteur Alvarenga, traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 320 pages. Paris, 1856. 6 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F. A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages, traduit du portugais. Paris, 1858. 4 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8 avec planche. Paris, 1859.

Donné avec l'ouvrage précédent.

— Séparément. 50 cent.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga, traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 4 fr. 50

Paris.— Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

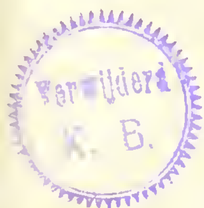
M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, chevalier de l'ordre du Christ de Portugal, rédacteur de l'*Union médicale*.

PRÉCÉDÉ D'UNE INTRODUCTION

Par M. le Docteur AMÉDÉE LATOUR

Troisième année, 1866





PARIS

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

Rue de l'École-de-Médecine, 17.

Londres
Hipp. Baillière, 219, Regent street.

New-York
Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE ALFONSO, 16.

1867

INTRODUCTION

L'année 1866 a-t-elle donné une abondante moisson de science et d'applications pratiques? C'est ce que ce présent volume du *Dictionnaire* a la mission d'indiquer à ses lecteurs. Je viens d'en parcourir les feuilles, et j'ose assurer que M. Garnier a colligé et résumé avec autant d'exactitude que d'intelligence tout ce qui a été publié, dans le monde médical, qui soit digne d'être retenu. J'éprouve et je voudrais faire partager un sentiment de gratitude pour le confrère laborieux et modeste qui, glanant ainsi dans le vaste champ de la science et de l'art, nous apporte tous les ans une gerbe composée avec goût et discernement, avec un sens parfait des besoins divers et des intérêts multiples du corps médical. Les encouragements de plus en plus accentués que cette œuvre reçoit du public sont parfaitement mérités; aussi l'auteur, loin de s'endormir sur le succès, fait tous ses efforts pour le mériter de plus en plus en perfectionnant d'année en année cette publication intéressante. Le lecteur apercevra facilement les améliorations contenues dans ce volume : analyses plus concentrées, ce qui, en donnant plus d'espace, permet de multiplier les sujets, appréciations plus fréquentes, critique moins rare, réflexions toujours judicieuses mais un peu moins timides, bibliographie plus étendue, excursions moins réservées dans le domaine purement professionnel, indications plus riches de tous les faits de la jurisprudence médicale,

voilà quelques-uns des perfectionnements que je dois signaler dans ce volume et qui le rendent plus digne encore que ses aînés de la faveur publique. En s'augmentant, cette collection devient de plus en plus précieuse ; c'est bien, comme son titre l'indique, l'histoire annuelle des progrès des sciences et des institutions médicales.

Si cette moisson annuelle, sous les rapports scientifique et pratique, laisse quelque chose à désirer pour l'abondance, l'intérêt et la nouveauté, — ce qui, au demeurant, n'est pas la faute du moissonneur, — il n'en est pas de même des questions qui touchent à nos institutions médicales, à l'enseignement, à la profession et aux intérêts divers que ces questions soulèvent. Sous ce point de vue, l'année 1866 a été très-agitée, remplie d'émotions, et elle a vu surgir des événements et des changements qui ont vivement occupé et qui préoccupent encore l'attention publique. Tout cela est indiqué dans le *Dictionnaire*, mais nécessairement avec concision et dans la mesure que comporte un ouvrage de ce genre. Il appartient peut-être à cette *introduction* de reprendre ces sujets et de leur donner un peu plus de développement que M. Garnier n'a pu le faire. Il me semble d'ailleurs que quelques réflexions sur des actes de cette importance pourront offrir plus d'intérêt qu'une longue et aride énumération des principaux articles contenus dans ce dictionnaire. Enfin, et s'il était besoin d'une justification, je pourrais dire que la plupart des questions agitées dans le courant de l'année 1866 ont été soulevées par l'auteur même de cette *introduction*, dans le journal qu'il dirige et qu'en y revenant ici, il ne fait que compléter l'histoire médicale de l'année qui vient de s'écouler.

C'est une de mes plus anciennes et de mes plus fermes convictions que dans la grande question de l'organisation médicale tout se tient, tout s'enchaîne, et qu'il est impossible

d'en isoler un des éléments sans tomber dans l'incohérence et l'illogisme. L'organisation médicale peut être comparée à l'organisme humain où toutes les parties concourent à un fonctionnement harmonique, où tous les éléments convergent vers un consensus général, d'où la plus petite fibrille ébranlée produit un retentissement sympathique ou réflexe sur l'économie tout entière. Les événements récents ont mis cette vérité hors de toute contestation. Une simple question d'enseignement, nous disons trop, une simple question de professeurs a éveillé tous les problèmes de cet ensemble de questions que l'on peut désigner sous le nom d'*Économie médicale*. A propos du remplacement de quelques vieux maîtres dans leurs chaires professorales, on a vu s'agiter les questions les plus graves de l'enseignement et de l'exercice de la médecine, les principes mêmes de la science ont été soulevés, il s'est agi de philosophie et de méthode, de l'autonomie de la médecine et de sa suzeraineté, du système protecteur de la profession médicale et de la liberté absolue. Malheureusement toutes ces afférences n'ont été ni senties, ni surtout suffisamment étudiées, de sorte que, lorsque surgit ou une question d'enseignement ou une question d'exercice, les solutions presque toujours partielles manquent d'ensemble et d'harmonie.

On l'a vu récemment par les discussions qui viennent d'agiter les esprits. La scène s'est ouverte par un exposé, critique sans doute, mais surtout affligé de l'état de l'enseignement dans la Faculté de médecine de Paris. Il serait peu généreux d'insister sur ce tableau, la ressemblance en a été si peu contestée que, quelques jours après, un arrêté de M. le ministre de l'Instruction publique acceptait — euphémisme administratif d'une grâce parfaite — la démission de cinq professeurs de notre Faculté et les admettait à faire valoir leurs droits à la retraite.

En présence de ces cinq vacances — qui par la mort prématurée et regrettable de M. le professeur Natalis Guillot se sont élevées à six — dans le premier corps enseignant de l'Empire, l'attention s'est très-naturellement portée vers le mode suivi pour la nomination des professeurs. Le mode actuel, la présentation par les Facultés et par le Conseil académique, semble avoir beaucoup perdu même dans l'esprit de ceux qui s'étaient montrés les plus vifs et les plus persévérants adversaires du concours. Il faut dire d'ailleurs que l'opposition à ce dernier mode de recrutement des professeurs s'est toujours fondée moins sur le principe de l'institution, que sur son fonctionnement, son mécanisme et ses applications. Un système d'organisation des concours qui dégagerait l'institution des *épreuves* inutiles et puériles dont on l'avait entourée, en ne donnant place qu'à des *preuves* sérieuses et véritablement significatives, un tel système aurait aujourd'hui les plus grandes chances de rallier l'opinion encore indécise et de sauver un principe dont personne ne conteste la vérité.

Un système de ce genre a été proposé — ou plutôt rappelé dans le journal que je dirige, car il y a seize ans qu'il avait été produit, et la réflexion, le temps et l'expérience de la présentation directe, n'ont fait que corroborer mes convictions sur ce sujet.

Je ne peux m'empêcher d'exprimer le regret que, dans les circonstances très-exceptionnelles que nous venons de traverser et qui ne se présenteront peut-être plus jamais, la presse médicale tout entière n'ait pas uni ses efforts à mes faibles efforts pour obtenir le rétablissement du concours, sous telle forme dont on aurait voulu en faire au moins l'expérience. Les conditions — nous le savons — étaient favorables et peut-être que si, au lieu de rester hésitante ou muette, la presse médicale se fût montrée unanime dans ses

aspirations vers la restauration du concours, elle aurait hâté le moment de cette grande conquête qui me paraît d'ailleurs inévitable.

Mais d'autres questions d'un intérêt encore plus élevé ont surgi des événements accomplis, ou qui vont s'accomplir, dans le sein de notre Faculté parisienne. Les noms qui sont sortis vainqueurs de l'urne du scrutin ont témoigné, dans la majorité des professeurs, de tendances et d'une direction d'idées qui ont suscité des observations et des réflexions de nature diverse. Tout ce qui a été publié sur ce point n'a pas toujours été apprécié avec justesse et justice, et à ceux qui ont eu la franchise de leur opinion sur les choix de la Faculté, on a prêté des intentions bien éloignées de leurs pensées.

Cependant, en présence de l'extension considérable que prennent de jour en jour dans la science biologique les applications de la physique et de la chimie, il est très-légitime de se demander, à propos d'une question d'enseignement, ce que doit être l'enseignement de la médecine dans une faculté de médecine, si nos écoles sont des écoles scientifiques ou des écoles professionnelles, si elles peuvent être à la fois les unes et les autres, enfin, si nos écoles sont instituées pour faire des savants ou pour faire des praticiens. Ces questions fort opportunes ont été néanmoins trouvées indiscrètes, elles ont irrité certaines personnes qui les ont considérées comme attentatoires au progrès et comme inspirées par un esprit rétrograde ou attardé.

Pour ne pas s'égarer dans de vaines et de stériles discussions, il convient de prendre nos institutions médicales telles qu'elles existent et sans grand espoir d'y voir apporter les améliorations que l'on peut rêver ou désirer. Or, notre organisation part de ce principe, que l'exercice de la médecine est une profession reconnue, protégée par la loi qui en a fait un monopole dont seuls peuvent jouir ceux qui, par un temps

de scolarité déterminé et par des épreuves subies dans nos écoles, ont conquis les grades que le gouvernement leur donne. Ce monopole n'est pas une faveur accordée aux médecins, c'est une garantie que la société a voulu se donner à elle-même et la protection dont elle a entouré l'exercice de la médecine, c'est pour elle et à son bénéfice.

Il s'ensuit que la profession médicale est au premier chef une profession sociale, profession dont le but, la nature et la mission sont la surveillance de la santé des hommes, la connaissance des moyens de porter remède aux atteintes qu'elle peut subir, et la conservation des individus et de la race par l'hygiène privée et publique.

La science qu'il faut posséder pour réaliser ce beau programme est immense, infinie ; elle présente les afférences les plus étroites avec toutes les sciences physiques et naturelles et leur emprunte des méthodes d'étude et des moyens d'application qui la rendent de plus en plus utile et féconde.

Et cependant, au milieu de toutes ces afférences de la médecine avec les sciences, il y a une science médicale proprement dite qui n'est ni la physique, ni la chimie, qui est elle-même, qui a eu ses évolutions, qui a sa tradition et son histoire, qui est basée sur des principes dont on trouve le retentissement dans tous les âges, qui depuis Hippocrate jusqu'à nos jours n'a cessé de s'enrichir de son propre fonds, qui est l'observation, l'expérience et l'analyse ; une science de l'organisme malade, une science des maladies, la clinique, en un mot, dont les éléments principaux sont la diagnose, la prognose et la thérapeutique ; une science qui apprend la marche, la durée et la terminaison des maladies ; une science qui enseigne les indications et les contre-indications de l'emploi des moyens dont l'art dispose ; et toutes ces choses, si elles reçoivent quelques secours, quelques lumières de la physique et de la chimie, l'élève ne les apprendra ja-

mais dans les laboratoires de chimie ou de physique, mais seulement auprès des malades et guidé par des maîtres expérimentés.

Quelqu'un, aujourd'hui, oserait-il proposer, je ne dis pas de supprimer, mais d'amoindrir ou de restreindre l'enseignement clinique ?

Eh bien ! toute la question se réduit à ces termes : l'enseignement clinique étant la base de l'enseignement médical, dans quelle mesure l'enseignement des sciences physico-chimiques doit-il être dispensé dans nos écoles médicales?

Et qu'on ne s'y trompe pas! et que l'on aperçoive bien par cet exemple que tout s'enchaîne dans l'organisation médicale, comme nous nous efforçons de le prouver depuis le mémorable congrès médical de 1845 ; — ce n'est pas là seulement une question d'enseignement, c'est au premier chef, une question de profession, car selon la solution qui sera adoptée, on arrêtera ou l'on précipitera la décroissance signalée de toutes parts dans le recrutement médical.

Il est bien certain, — et ici je demande pardon d'avoir recours à un argument direct et personnel que je n'aime guère, en général, mais je ne vois pas que celui-ci présente rien de blessant pour qui que ce soit, — il est bien certain, dis-je, que si une école voulait exiger des élèves qu'ils soient histologistes comme M. Robin, physiologistes comme M. Claude Bernard, chimistes comme M. Wurtz, physiciens comme M. Gavarret, botanistes comme M. Baillon, pharmacologistes comme M. Regnault, tous savants éminents et de premier ordre, mais qui sont trop sensés et trop modestes pour ne pas décliner leur compétence en matière de médecine pratique et de clinique; si, ajouterai-je, les professeurs de pathologie et de clinique ayant de leur côté des exigences plus légitimes encore, veulent très-rationnellement que les élèves connaissent la médecine comme MM. Bouillaud et Trousseau,

la chirurgie comme MM. Velpeau et Nélaton; si enfin, ces malheureux élèves ont à compter — et c'est encore bien légitime — avec les professeurs d'anatomie descriptive et chirurgicale, d'anatomie pathologique, de médecine opératoire, de médecine légale, d'accouchements, d'hygiène, de thérapeutique et de matière médicale; si, en outre, ces élèves, malgré cet effrayant programme, sentent encore le besoin de compléter leur éducation médicale aux cliniques officieuses et libres des maladies syphilitiques, de la peau, des yeux, de l'aliénation mentale, etc., etc; est-il un esprit raisonnable qui puisse admettre que ce soit en quatre ans, en six ans que les élèves puissent parcourir ce cycle scolaire? Et si forcément on prolonge la durée de la scolarité, où trouvera-t-on des jeunes gens qui veuillent la subir et des familles qui puissent s'imposer de pareils sacrifices?

Ces longues et difficiles études, ces lourds sacrifices de temps et d'argent, tout cela conduit-il enfin à une carrière fructueuse, à une profession suffisamment rémunératoire? Nouvelle preuve de l'étroite solidarité qui unit toutes les questions de l'économie médicale: toutes ces questions déjà si complexes d'enseignement, viennent encore se compliquer de la question tout aussi grave du degré de protection dû à la profession médicale. Il faut être placé, comme je le suis, dans le milieu où viennent aboutir toutes les doléances, où viennent retentir toutes les plaintes, où viennent frapper toutes les infortunes, pour oser dire ce que je dis ici avec une conviction bien affligée : la profession médicale se meurt ! Elle se meurt par deux causes également nocives :

D'une part, les difficultés de plus en plus grandes des études;

D'autre part, le défaut de protection pour la profession.

Après avoir exigé d'elle — comme je l'ai dit ailleurs — et les plus grands sacrifices d'études, de temps et d'argent qui

aient jamais été demandés à une profession libérale, on l'a livrée sans défense suffisante et sans protection efficace, à tous les parasitismes et à toutes les usurpations.

Il me serait bien agréable que ces quelques réflexions eussent pour résultat de convaincre mes contradicteurs dans la presse périodique, qu'ils se sont étrangement trompés en m'accusant d'opposition systématique à nos écoles ou de vouloir opposer une barrière au progrès scientifique. Je leur demande seulement qu'ils veuillent interroger leur conscience avec ce sentiment du bien public qui nous anime tous, et se demander si le temps serait bien choisi pour ajouter encore quelque difficulté nouvelle à tous les empêchements qui éloignent la jeunesse et les familles de la profession médicale.

A ces maux trop réels, quels remèdes opposer? Plusieurs ont été proposés, ce n'est pas ici le lieu de les indiquer. Ceux qui ont été signalés dans l'année courante sont cités dans ce dictionnaire. Celui qui me satisfait le plus, celui qui me semble le plus propre à maintenir, à favoriser même les aspirations vers tous les progrès des sciences, en même temps qu'à protéger et à étendre les études proprement médicales, c'est le projet déjà plusieurs fois émis et dans ces derniers temps repris par M. le professeur Jeannel de Bordeaux, et qui consiste dans la création de Facultés provinciales, donnant le grade de licencié en médecine emportant le droit d'exercice, et de transformer la Faculté de Paris en École supérieure, décernant seule le grade de docteur, lequel grade ne serait exigible que pour les fonctions de l'enseignement, les licenciés restant libres d'ailleurs de le conquérir. Dans ce système disparaîtrait, bien entendu, par extinction et en respectant les droits acquis, le titre d'officier de santé.

Mais comment satisfaire toutes les prétentions locales relativement au siége des Facultés nouvelles? Ce ne sera pas facile et chacun prêchera pour son clocher. Le plus simple

serait de dire que, partout où l'organisation hospitalière fournira des ressources suffisantes pour les études anatomiques et cliniques, si le département et la municipalité veulent fournir les bâtiments et les subsides nécessaires à la fondation et au fonctionnement durable d'une faculté de médecine, il faudra laisser faire les ambitions locales. Des Facultés nouvelles dans les villes assez riches pour payer leur gloire, voilà quel serait peut-être le moyen de se tirer d'embarras.

Toutes ces questions d'enseignement et d'exercice de la médecine en soulèvent et en ont éveillé d'autres et d'un ordre différent, qui agitent encore, à cette heure, la presse scientifique et sur lesquelles les opinions sont encore bien loin de se mettre d'accord. La science médicale, fille du temps, de l'observation et de l'expérience, est-elle en possession d'un principe qui soit compatible avec tous les progrès, d'un fait général qui puisse embrasser tous les faits particuliers, d'une doctrine qui puisse accepter toutes les conquêtes des sciences auxiliaires? Il a été répondu affirmativement à ces questions et, si ce n'est par quelques affirmations sans valeur et par quelques déclamations sans portée, il n'a été rien objecté contre cette opinion qui a été, qui est encore celle des esprits éminents de notre science, opinion qui a pu avoir ses défaillances et ses éclipses, de laquelle on ne s'éloigne que par oubli de la véritable philosophie scientifique, mais à laquelle on est sans cesse ramené ou par la stérilité du septicisme, ou par les excès et les exorbitantes prétentions des théories et des systèmes qu'on lui a de tout temps vainement opposés.

Il serait ici tout à fait déplacé d'entrer dans l'examen ou l'exposition de cette grande question de philosophie médicale que je n'indique ici que pour ne rien omettre des sujets qui ont préoccupé l'attention médicale dans l'année qui vient de s'écouler.

Passons maintenant à l'indication succincte des principaux faits scientifiques et pratiques que ce *Dictionnaire* a pour but de colliger.

L'année n'a pas été très-riche. La nouvelle explosion du choléra en France et en Europe a concentré de nouveau l'attention médicale sur cette terrible énigme pathologique que n'éclaircissent pas, malheureusement, ses apparitions successives et de plus en plus rapprochées. Une année nous séparait à peine de sa visite de 1865, lorsqu'il s'est montré de nouveau en 1866 ; et ce qui distingue cette manifestation nouvelle des précédentes, c'est la simultanéité de son apparition dans un grand nombre de localités, non-seulement en France, mais en Europe et même en Amérique.

Le mystère dont s'enveloppe cette maladie ne fait qu'exciter l'ardeur des travailleurs. La question de sa transmissibilité se réveille toujours avec un nouvel intérêt à chaque apparition nouvelle, et il faut bien le dire, sans entraîner irrésistiblement l'opinion. L'auteur de ce *Dictionnaire* adopte la contagion du choléra, sans prétendre expliquer toutes les conditions dans lesquelles elle se produit. Ce qui est plus important, c'est que M. Garnier expose avec les détails nécessaires toutes les recherches auxquelles cette dernière apparition a donné lieu, soit dans l'analyse et l'examen microscopique des excreta, soit pour les tentatives faites dans la thérapeutique, comme l'application de l'hydrothérapie, les injections dans les veines, l'emploi de l'arsenic, etc., etc.

D'ailleurs, cette dernière épidémie cholérique a tellement absorbé l'attention médicale ; toute la presse médicale, étrangère et française, a été tellement encombrée de communications afférentes au choléra, que les autres parties de la science et de l'art en ont un peu souffert ; ce qui explique la pénurie relative de ce volume du *Dictionnaire*. Voici cependant l'indication des meilleurs fruits de cette moisson annuelle.

En Angleterre, il faut citer la *résection sous-périostée* dans les abcès sous-périostiques des os, et notamment du tibia, pratiquée avec succès pour la première fois par Holmes. L'os s'est reproduit. Ce fait, application nouvelle de la doctrine française de la reproduction exclusive des os par le périoste, vient confirmer les travaux et les recherches de Duhamel, de Flourens et d'Ollier, si persévéramment combattus par M. Sédillot.

L'*anesthésie localisée*, qui avait été primitivement appliquée en France par M. Guérard, a reçu un tel perfectionnement du docteur Richardson, qu'elle constitue une nouvelle et précieuse conquête pour la chirurgie. L'instrument si simple, d'un usage facile et sans danger qu'il a inventé, a été appliqué avec succès à plusieurs opérations graves, telles que l'ovariotomie, l'opération césarienne, la hernie étranglée. Aussi ses succès ont inspiré en France l'idée de perfectionnements ingénieux, tels que ceux de MM. Demarquay, Sales-Girons, etc.

L'anesthésie, d'ailleurs, a pris une très-grande place dans les préoccupations des chirurgiens et des expérimentateurs. Plusieurs modifications et des agents nouveaux ont été introduits dans la pratique sur les résultats desquels le *Dictionnaire* informe avec soin ses lecteurs : tels sont le chlorocarbone, le sulfure de carbone, la rhigolène, le protoxyde d'azote ou gaz hilariant. C'est un des meilleurs et des plus complets articles de ce nouveau volume.

Il faut citer aussi les succès nombreux et *constants* obtenus par M. Marion Sims, à Londres, dans une affection peu connue jusqu'ici ou confondue avec l'atrésie vaginale : le *vaginisme*; affection douloureuse guérie par la section du sphincter vaginal. La constance des succès obtenus par cet opérateur fait vivement désirer que les autres chirurgiens viennent sanctionner les bons résultats de cette opération.

Quelques résultats plus importants par les espérances qu'ils

font concevoir pour la guérison du *cancer* ont aussi été obtenus au moyen de l'acide acétique. Son pouvoir dissolvant de la cellule spécifique sous le champ du microscope l'ayant fait employer sur le vivant par M. Broadbent, il a été suivi de succès dans plusieurs essais tentés dans les hôpitaux. L'expérimentation est d'ailleurs toute nouvelle, et sa généralisation permettra sans doute de savoir bientôt à quoi s'en tenir à cet égard.

Il y a encore les observations confirmatives de la découverte toute française du nouveau signe de l'hémiplégie : la déviation des yeux. On peut juger par là que M. Garnier scrute avec autant de soin la littérature anglaise que celle de notre pays.

La littérature médicale allemande, très à la mode parmi nous, en ce moment, et riche d'innovations acceptées peut-être avec trop d'empressement, sans doute par l'effet d'une réaction inévitable et pour venger la science française du reproche de se confiner chez elle, et de rester étrangère au mouvement scientifique de l'étranger ; — cette littérature, disons-nous, a fourni un contingent important à ce nouveau volume du *Dictionnaire*. Ainsi, M. Garnier analyse avec soin le second volume de *Pathologie externe et de thérapeutique* de Niemeyer et le premier fascicule de l'ouvrage magistral de Virchow sur les *tumeurs*.

La transition entre la littérature allemande et la littérature médicale française nous est fournie naturellement par l'analyse et l'appréciation faites par M. Garnier de l'ouvrage remarquable récemment publié sur la *phthisie*, par MM. Hérard et Cornil, ouvrage dans lequel les auteurs, en s'inspirant des recherches et des doctrines de l'Allemagne, ont conservé à leur œuvre ces belles formes de l'exposition française qui, seules, peuvent vulgariser et populariser les idées.

D'ailleurs, je trouve ici l'occasion et je la saisis, de remercier l'intelligent éditeur, M. Germer-Baillière qui, avec un zèle méritoire, dote notre littérature de traductions et d'ouvrages originaux, qui nous mettent en position de mieux connaître et de pouvoir mieux apprécier cette science de l'Allemagne, vers laquelle tant d'esprits se tournent aujourd'hui.

La Belgique, toujours si laborieuse et si féconde, a été tristement préoccupée, cette année, par l'envahissement général du choléra, qui a beaucoup nui au culte de la science et de l'art. Cependant elle a fourni une application intéressante pour l'art et une question neuve pour la pathologie. M. van Wetter a appliqué avec succès les propriétés dilatantes de la *Laminaria digitata* à deux cas d'accouchement provoqué.

L'intoxication par le brome ou le *bromisme* serait une maladie nouvelle décrite par M. Marcq et constituerait l'analogue de l'iodisme décrit par Rillet. L'existence de l'iodisme ayant été déjà contestée, il est prudent d'attendre de nouvelles observations pour admettre celle du bromisme. D'ailleurs, s'il est vrai que l'iode soit l'antagonisme du brome, et *vice versa*, rien ne semblerait plus facile que d'empêcher l'une ou l'autre de ces intoxications, en neutralisant l'un de ces agents par l'autre. Mais alors que se produirait-il ?...

Une nouvelle interprétation pathogénique du *glycogène* par le célèbre physiologiste Schiff, constitue la contribution la plus importante de l'Italie dans le mouvement scientifique de l'année. M. Garnier l'a résumée très-attentivement, à cause de son rôle important dans la production du diabète.

C'est d'Amérique que nous sont venues de nouvelles investigations sur l'étiologie des *fièvres palustres*, dont une simple

algue constituerait l'agent de production, suivant M. Salisbury.

Le *Dictionnaire* fait aussi connaître une affection endémique au Brésil, de même qu'elle a été observée pendant longtemps en Égypte, au point d'atteindre un quart de la population. Elle était appelée *chlorose égyptienne* ou *cachexie africaine;* au Brésil, elle est appelée *Cançaço* (faiblesse, débilité). En montrant qu'elle consiste dans la présence d'un helminthe (l'*Anchylostomum*) dans le duodénum, M. Griesinger en Égypte et M. Wucherer au Brésil, ont fait disparaître tout le mystère de cette singulière maladie.

Notre expédition du Mexique n'aura pas été complétement infructueuse, au moins au point de vue de la science médicale. Des accidents mortels ont été observés par nos chirurgiens français, par la présence d'une grande quantité de larves dans le nez sur plusieurs de nos soldats. Faut-il en attribuer la prolifération à la *Lucilia homini vorax*, comme le veut M. le docteur Coquerel, ou à la *Musca carnaria*, comme le croient les chirurgiens français au Mexique? L'important, c'est que le vermicide infaillible en est connu : ce sont des injections ou des aspirations de chloroforme. C'est là une sûre conquête de cette campagne.

Si la politesse et l'hospitalité françaises nous faisaient un devoir de commencer par l'indication des principaux travaux de nos confrères étrangers, nous ne devons pas pousser l'abnégation jusqu'à laisser dans l'ombre et le silence ceux de nos compatriotes, ni le mouvement médical dans notre pays pendant l'année qui vient de finir. Le *Dictionnaire* les rappelle, les analyse et les apprécie dans leur ensemble, comme dans leurs détails. Glanons après lui quelques épis.

Nos Sociétés savantes ont fructueusement employé leurs séances toujours de plus en plus suivies. A l'Académie de médecine, la longue discussion sur le *traitement des plaies*,

soulevée par M. J. Guérin, la discussion encore pendante sur la *mortalité des nourrissons*, celle très-afférente de la Société de chirurgie sur les *maternités*, celle plus pathologique et qui n'est pas encore terminée à la Société médicale des hôpitaux de Paris, sur le *rhumatisme blennorrhagique*, à la Société de médecine de Bordeaux, celle sur le traitement de l'*anthrax*, sont les plus importantes de celles dont le *Dictionnaire* résume les phases et relate les principaux traits dans tout ce qu'ils ont de neuf et d'original.

Dans les diverses parties de la science, il faut signaler notamment :

Les recherches de M. Sappey, sur les *vaisseaux et les nerfs* dans les *fibro-cartilages*, celles de M. Belaieff, sur les *lymphatiques du gland*, et celles sur les *muscles*, par M. Rouget, (de Montpellier), dont l'Académie de médecine a récompensé les travaux en se l'associant à titre de correspondant ;

Les nouvelles expériences par M. Voisin, sur le traitement de l'*épilepsie*, par le bromure de potassium à haute dose ;

L'opération délicate pratiquée par M. Dolbeau, dans un cas d'*aménorrhée* par absence du vagin, pour ouvrir une voie artificielle à l'écoulement des règles ;

Les intéressants travaux de séméiologie de M. Parrot, sur les *bruits du cœur*, fournissant une nouvelle interprétation des bruits anémiques qui en change tout à fait la signification, comme ceux non moins intéressants de M. Potain sur les *bruits du cœur dédoublés* ; nouveaux efforts d'observation clinique qui tendent tous les jours à mieux préciser la pathologie de l'organe central de la circulation, en même temps que le sphygmographe en fait mieux connaître la physiologie. C'est à l'aide de cet instrument ingénieux qu'a pu être faite la découverte d'une nouvelle espèce de déplacement du cœur par un médecin portugais, le docteur Alvarenga, qui a conquis dans cette spécialité d'étude une place distinguée.

Le *Dictionnaire* devait rappeler, et il rappelle les persévérantes études de M. Woillez, sur la *congestion pulmonaire*, comme celles de M. Empis sur la *granulie*, qui ont trouvé, ces dernières, une redoutable opposition dans le remarquable ouvrage de MM. Hérard et Cornil, sur la phthisie, au point de vue de l'interprétation pathogénique. Il n'en est pas de même des expériences sur l'inoculation du *tubercule*, commencées par M. Villemin, continuées par lui avec persévérance, et qui répétées en plusieurs pays ont donné partout des résultats confirmatifs. C'est là un des faits les plus saisissants des recherches récentes sur la phthisie pulmonaire et la tuberculose en général, et destiné à apporter de profondes modifications dans la nosologie de ces maladies. De ces expériences répétées sur les poumons semble être née la nouvelle doctrine de l'*emphysème pulmonaire*, par M. Villemin, que le *Dictionnaire* fait connaître.

Le travail intéressant de M. Morel sur une variété de délire, qu'il a désigné sous le nom de *délire émotif*, est aussi analysé d'une manière concise mais exacte.

D'après une belle observation publiée par un de nos plus méritants confrères des départements, ancien interne de Dupuytren, cette affection rare, peu connue, confondue pendant longtemps avec les abcès des os, et que M. Nélaton a désignée sous le nom d'*affection douloureuse du tibia*, — dénomination qui ne préjuge rien sur sa nature, — serait un *étranglement médullaire*. Afin d'élucider cette interprétation, M. Garnier produit deux nouveaux faits observés au Brésil.

Le *Dictionnaire* signale la nouvelle méthode de réduction des *luxations* avec le caoutchouc, proposée par M. Anger, et qu'il a employée avec succès dans une luxation de l'humérus.

Ayant pour mission d'enregistrer toutes les innovations,

tous les progrès, toutes les applications utiles et nouvelles, le *Dictionnaire* a consacré des articles à l'*ophthalmothérapie* ou l'application de la pulvérisation des liquides aux maladies des yeux, de même qu'à la *thérapeutique respiratoire*, qui toutes les deux relèvent directement des travaux de notre ingénieux collègue, M. Sales-Girons.

M. Garnier a compris également l'importance des études pathologiques sur la *température*, étude de thermométrie clinique d'un haut intérêt et dont les applications, grâce aux persévérants efforts de notre savant confrère, M. de Robert de Latour, prennent dans la séméiologie l'intérêt et l'attention qu'elles méritent.

Il n'est pas jusqu'aux nouveaux instruments, aux perfectionnements d'appareils réalisés dans l'année, en France comme à l'étranger, qui n'aient reçu une mention proportionnée à leur importance. Tels sont entre autres le *stomatoscope*, l'*ophthalmofantôme*, le *lithocrate*, le *trocart à double courant*, la *goudronnière* et tant d'autres.

C'est ainsi que ce *Dictionnaire*, dont on me pardonnera de ne pas oublier que je suis le parrain, et dont j'ai été l'introducteur dans la littérature médicale, accorde une place égale à la théorie comme à la pratique, à la science comme à la profession, à ses intérêts moraux comme à ses intérêts professionnels.

AMÉDÉE LATOUR.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET DES INSTITUTIONS

MÉDICALES

1866

A

ABCÈS. Abcès sous-périostiques aigus. *Résection sous-périostée.* En général, ce n'est qu'après avoir laissé tout le temps à la carie et à la nécrose d'exercer leurs ravages que l'on détache, l'on extrait les séquestres, tandis qu'il s'agit ici précisément du contraire, à savoir : si, dans le traitement de la périostite aiguë ou des abcès sous-périostiques diffus déterminant la nécrose, il est préférable de reséquer l'os au début, quand il est facilement accessible aux opérations chirurgicales, plutôt que d'en attendre l'exfoliation et la reproduction. S'il ne résout pas la question, l'exemple suivant peut du moins y contribuer, et mérite de fixer l'attention des chirurgiens sur ce point spécial de thérapeutique.

Le 5 avril 1865 entrait à l'hôpital des Enfants malades de Londres un garçon de dix ans, pour un abcès sous-périosté aigu du tibia gauche. Pâle et délicat, adonné à la masturbation, cet enfant ne faisait remonter son mal qu'au 15 mars, où, sans cause connue, une douleur se manifesta dans l'articulation tibio-tarsienne, et le lendemain toute l'articulation était gonflée. Le 20, le gonflement s'étant étendu à la jambe, une ouverture fut pratiquée, qui amena du pus sans arrêter les accidents. A l'examen, M. Holmes constate que le membre est tuméfié et pâle,

des orteils jusqu'au genou. Pouls à 132 ; peau fraîche, langue nette, faiblesse et délire nocturne. Une incision au milieu du tibia permet de constater avec le stylet une dénudation de l'os de haut en bas Un régime tonique est prescrit, et l'on en attend les effets pour se livrer à un examen approfondi à l'aide de la chloroformisation. On constate alors la dénudation entière de la diaphyse de l'os, sinon dans la région interosseuse, et l'état des articulations permet seul d'inférer que les extrémités sont intactes. Dès lors une longue incision est faite le 15 avril, et le périoste facilement décollé avec la sonde. La scie à chaîne divise l'os en haut et en bas, et, à l'aide de quelques mouvements avec de fortes pinces, les deux segments sont détachés des extrémités. La partie enlevée mesure ainsi sept pouces un tiers, sans que l'opération ait duré plus de quelques minutes. L'écoulement sanguin assez abondant du périoste est arrêté par le tamponnement. Des fragments d'os nouveau et de périoste adhéraient à la partie reséquée sans autres lésions.

Grâce au péroné pouvant servir d'attelle, il était à espérer que, placé dans une boîte à fracture, le membre conserverait sa longueur ; mais des abcès fistuleux s'établirent bientôt autour du genou, et l'on vit ensuite la tête du péroné faire saillie, remonter, et un raccourcissement en fut la conséquence : autrement, aucun accident ne survint ; les douleurs locales disparurent avec la cause qui les entretenait sans troubles réactionnels ; l'appétit se soutint, la constitution s'améliora, et lorsque, le 1er décembre, l'enfant fut présenté à la *Western med. and surg. Society*, il était en parfaite santé, après être resté jusqu'au 2 octobre à l'hôpital, la jambe constamment maintenue dans l'appareil et avoir passé quelques semaines à *Margate*. Le membre était solide et parfaitement inflexible à ses deux extrémités. Le tibia était remplacé par une masse osseuse de même forme, sinon un peu plus épaisse et moins régulière. Deux fistules, l'une en haut, l'autre au milieu de la jambe, ne conduisaient point à une dénudation osseuse. Le raccourcissement était d'un pouce et demi, avec roideur du genou, comme ankylosé. L'enfant marchait avec agilité à l'aide d'une canne. (*Lancet*, mars.)

C'est là un brillant succès de la chirurgie conservatrice, comparé aux méthodes en usage jusqu'ici. L'ouverture du foyer et les opérations consécutives pour en favoriser l'épuisement, ainsi que l'élimination des séquestres, eussent demandé un temps

considérable, en faisant courir au malade les plus sérieux dangers par son long séjour à l'hôpital et la présence prolongée d'os nécrosés, de séquestres, de pus au sein de l'organisme. Devant l'étendue de la dénudation, l'amputation pouvait être plus rationnellement entreprise, et dès lors la perte du membre était irrémédiable; tandis que cette résection précoce n'a nécessité qu'un séjour de sept à huit mois à l'hôpital. La cause de toute irritation constitutionnelle fut ainsi supprimée du premier et d'un seul coup; le calme et le repos ont succédé à l'opération, et dès lors l'état général s'améliora progressivement. Tous accidents afférents à la maladie principale sont ainsi prévenus en dispensant de toute opération ultérieure. Quelle simplicité, quelle sécurité comparatives !

La difficulté de cette opération sera pour les cas où la dénudation est très-circonscrite. Séparer le périoste aux limites du mal et reséquer l'os ne seront pas choses aisées. Le raccourcissement est aussi un inconvénient grave, bien que, à la jambe et au bras, on puisse le prévenir mieux que dans le cas précédent. Mais ces raisons ne sauraient empêcher de tenter cette nouvelle opération, car celles qu'on lui opposait jusqu'ici ont bien d'autres dangers, sans un résultat aussi satisfaisant.

Cette thérapeutique chirurgicale donnée comme nouvelle ne l'est cependant pas. A propos de la lecture d'un mémoire de M. Laennec à la Société de médecine de la Loire-Inférieure, dans la séance du 13 avril dernier, M. Vignard aîné dit avoir été appelé dans un village près d'un enfant se plaignant de douleur à un tibia et offrant des symptômes typhoïdes. Le calomel à l'intérieur et des frictions mercurielles sur la jambe n'empêchèrent pas le pus de se former sous le périoste; la suppuration fut accompagnée d'empâtement, d'œdème et de rougeur. Après deux incisions qui laissèrent couler un peu de pus, le malade est entré à l'hôpital. *M. Letenneur a enlevé le tibia.* Depuis ce temps, l'os s'est reproduit, excepté à la partie moyenne; un drain a été placé pour exciter le travail d'ossification, qui probablement se fera en ce point comme dans les autres. Il s'est produit, en outre, une luxation incomplète de la tête du péroné, comme dans le cas précédent, avec lequel celui-ci offre ainsi une analogie d'autant plus complète.

Au surplus, il ne serait pas difficile de justifier immédiatement par des faits analogues la priorité de la chirurgie française sur ce point important. En 1865, M. Herrgott présenta à

la *Société de médecine de Strasbourg*, et fit marcher devant elle un garçon de treize ans auquel il avait enlevé la totalité du calcanéum droit frappé de nécrose par suite de périostite aiguë, suite de chute. Ayant mis l'os à découvert par une incision cruciale, cet habile chirurgien en fit l'extraction avec de fortes pinces, en constatant autour une coque solide, lisse et tomenteuse de nouvelle formation. Moins de huit mois après, le calcanéum était entièrement reproduit, et permettait à l'opéré de marcher et même de courir sans difficulté.

Et la belle résection de l'humérus pratiquée par M. Ollier, le 16 septembre 1864, sur une jeune scrofuleuse de quinze ans, pour une ostéite suppurée, suite de chute, n'est-elle pas concluante? (Voy. Résection, *année* 1865.) Ce ne sont pas là des abcès sous-périostés, dira-t-on. C'est vrai; mais l'indication thérapeutique est identique dans les deux cas, et l'opération pratiquée dans ceux-ci conduit logiquement à la pratiquer dans ceux-là.

Abcès du palais. Remarquable seulement par la mort subite qui en a été la conséquence, ce fait n'a pas besoin d'être relaté dans tous ses détails. C'était à la suite d'angine chez une femme de trente-cinq ans admise à l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin. A l'inspection, M. Bourbier constate une inflammation de l'amygdale gauche avec rougeur intense et tuméfaction du voile du palais, annonçant une collection purulente dans le tissu cellulaire de cette cloison. La date récente du mal autant que sa faible intensité, et surtout l'absence de fluctuation sous le doigt, semblaient indiquer une ouverture reculée, et loin de la pratiquer immédiatement avec le bistouri, on se borna aux topiques ordinaires. C'était le cinquième jour de l'invasion. Mais le soir, en cherchant à saisir le verre contenant sa tisane, cette femme jette un cri; la sœur accourt, et la trouve renversée en arrière, le visage violet et tuméfié, et la mort survint immédiatement sans le temps nécessaire au moindre secours.

L'autopsie montra un abcès peu étendu se prolongeant entre les piliers du voile du palais à gauche; l'arrière-bouche et l'isthme du gosier étaient imprégnés de pus.

L'épiglotte tuméfiée offrait sur sa face supérieure et le long de son bord libre de petits foyers purulents semblables à des granulations ramollies. Intégrité des autres organes. La mort était donc survenue par suffocation instantanée résultant de

passage du pus vers la glotte, soit par son propre poids, soit entraîné par un mouvement d'inspiration.

L'enseignement pratique de ce fait clinique est donc d'ouvrir de bonne heure ces abcès avec l'instrument sans en attendre l'ouverture spontanée; tout danger sera ainsi conjuré. (*Bull. méd. de l'Aisne*, n° 1.)

Abcès laryngiens. A propos d'un nouvel exemple d'abcès laryngien survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, observé par M. de Lacaussade, M. Marx remarque, d'après les statistiques rapportées par différents auteurs, combien cette complication est plus fréquente en Allemagne qu'en France; à ce point que les Allemands lui ont imposé le nom de *laryngotyphus*. Il en trouve la raison en ce qu'ils examinent attentivement le larynx dans toutes les autopsies suite de fièvre typhoïde, tandis que comme dans le cas actuel, nous ne l'examinons que si l'attention a été attirée, fixée sur cet organe avant la mort par des symptômes spéciaux. La très-grande fréquence de cette complication est ainsi admise, et pour la confirmer, il croit indispensable que les médecins de tous les pays procèdent avec autant de soin et d'attention que les Allemands à cet égard. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, février.)

Abcès périnéphriques. Deux nouveaux cas de cette affection sur laquelle l'attention est fixée depuis peu, ont été relatés, dont le début et la marche n'ont pas été moins insidieux que les précédents (voy. *année* 1865). Le premier coïncida avec une pneumonie chez un laboureur de trente-quatre ans, entré à la clinique de Strasbourg le 31 janvier 1865. Atteint quelque temps auparavant de douleurs très-vives dans tout le côté droit du tronc, depuis la colonne vertébrale jusqu'à l'ombilic, avec élancements très-douloureux dans la région rénale, points de côté et crachats rouillés, il appela le docteur Kuntz, qui constata une pneumonie. Un empâtement douloureux, marchant de pair avec les accidents pneumoniques, s'observa à la région rénale droite, et la fluctuation s'y manifestant, un trocart amena l'issue d'une assez grande quantité de pus sans affaissement de la tumeur.

A son entrée, le malade est d'une faiblesse extrême; figure amaigrie et jaunâtre; réponses lentes, endolorissement général. Râle crépitant de retour à droite. Ventre tuméfié et si sensible

de ce côté que l'on peut à peine le toucher. Pas de fluctuation, sinon à la région lombaire, où la ponction a été faite. Du pus phlegmoneux sort par l'ouverture, et une sonde y pénètre jusqu'à 20 centimètres dans la direction de l'ombilic.

M. Herrgott diagnostique un abcès périnéphrique. Il s'était fait jour en dehors du carré des lombes, probablement par une petite ouverture, et formant ainsi un abcès sous-cutané en bissac qui se remplissait sans cesse, comme les abcès par congestion. De là nécessité de l'ouvrir largement. Le malade est chloroformisé à cet effet. Une incision de 10 centimètres donne issue à un litre et demi environ de pus de bonne nature. L'index découvre une ouverture profonde qui est débridée en bas avec un bistouri boutonné auquel il sert de conducteur.

L'opéré resta longtemps faible et anémié. Le défaut d'appétit l'empêchait de réparer les pertes journalières d'une suppuration extrêmement abondante. Des frissons survenus le treizième jour firent craindre une résorption purulente et motivèrent l'administration du sulfate de quinine. Ce n'est que le seizième jour que, malgré une excoriation du sacrum, l'organisme parut triompher de tous ces éléments morbides, et, le vingt-cinquième jour, cet homme put être transporté chez lui. Sa convalescence fut à peine entravée par un abcès consécutif de la région trochantérienne, et il a pu être ainsi présenté à la Société de médecine de Strasbourg le 17 août, parfaitement guéri.

Un autre exemple a été signalé par M. Hervieux à la Société du 9e arrondissement, chez un homme de cinquante-cinq ans, à la suite de cathétérisme forcé et répété. Le début fut celui d'une fièvre typhoïde, lorsque M. Nélaton, appelé en consultation, diagnostiqua un abcès périnéphrique. Une douleur s'exaspérant à la pression par la toux et le mouvement s'était déclarée dans la matinée dans le flanc gauche. Des ventouses, cataplasmes, bains, diurétiques, furent employés, lorsque le lendemain, le malade, pris subitement d'un irrésistible besoin d'aller à la selle, rendit par l'anus une quantité considérable de pus. Aussitôt tous les symptômes généraux cessent, et après un écoulement purulent de trois semaines, le malade guérit. (*Union méd.*, n° 39.)

Abcès du genou. L'hygroma, une fois enflammé, est considéré par M. Molinier comme un abcès. Dans un mémoire

sur ce sujet, accompagné de cinq cas, il soutient que les hygromas suppurés doivent être ouverts de bonne heure et assez largement avec le bistouri, pour éviter la pénétration du pus dans l'articulation. Mais ces propositions ont rencontré une opposition générale et ont été combattues vivement à la Société de médecine de Toulouse. (*Bulletin*, n° 1.)

ACCOUCHEMENT. *Ligature double du cordon.* A défaut d'avoir pratiqué cette petite opération d'une manière convenable sur le bout placentaire, dans un cas d'accouchement laborieux avec des circulaires autour du cou, M. Verrier observa une hémorrhagie mortelle de la veine ombilicale, pendant qu'il était occupé à donner ses soins à l'enfant. Malgré une attente vaine, la délivrance ne put se faire naturellement ; le placenta s'enchatonna ; le cordon se rompit ensuite, et l'on ne put que difficilement procéder à la délivrance artificielle. Après toutes ces péripéties et sans autre hémorrhagie apparente, cette femmes uccomba dans une syncope, deux heures après son accouchement. (*Gaz. des hôp.*, n° 16.) — Voy. CORDON.

Autant pour prévenir l'hémorrhagie que faciliter, hâter le décollement du placenta, cette double ligature bien faite est toujours indispensable. En cas de presse, j'ai l'habitude de faire un nœud coulant avec le cordon même sur l'extrémité placentaire, pour prévenir l'écoulement du sang.

Parturition and its difficulties (La parturition et ses difficultés, avec observations cliniques et une statistique de 13783 accouchements), par J. Hall Davis, deuxième édition, revue et augmentée. 1 vol. de 354 pages. Londres, 1865.

Résumé d'une pratique à la *Royal Maternity Charity* de 1842 à 1864, durant laquelle tous les cas et les complications se sont rencontrés, cet ouvrage est une source précieuse à consulter pour le praticien comme pour le savant.

Accouchement provoqué. *Laminaria digitata.* C'est en raison de son pouvoir dilatant que cette plante marine, récemment introduite à ce titre dans la chirurgie, et dans la chirurgie utérine en particulier, pour dilater le col contre la dysménorrhée (voy. ce mot, *année* 1865), paraît devoir occuper une place distinguée en obstétrique. Plus dilatable que l'éponge préparée et la racine de gentiane, puisqu'elle triple et quadruple de volume, elle offre une résistance douce, moyenne, et

une dilatation lente, graduelle, progressive et régulière, qui la rendent bien supérieure à ces deux corps ; de même que, par sa facilité, sa simplicité d'application, elle est préférable à tous les dilatateurs mécaniques. Employée l'année dernière à la clinique d'accouchements de Gand, par le professeur Van Leynseele, pour dilater le col utérin, elle réussit à merveille, et il en fut de même dans deux accouchements prématurés que, sur cette première indication, elle servit à provoquer, ainsi qu'il résulte du rapport de M. Hubert, fait à l'Académie de médecine de Belgique, le 5 février dernier.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une bipare ne présentant que 7 centimètres 25 millimètres de diamètre sacro-pubien, et dont le premier enfant avait dû être sacrifié après trois jours et demi de douleurs, en faisant courir les plus graves dangers à la mère. De concert avec M. de Neffe, M. Van Wetter provoqua l'accouchement au huitième mois, en introduisant dans l'orifice externe du col, mis à nu avec le spéculum, deux morceaux de *Laminaria digitata* des n°s 1 et 2 de la série. L'orifice interne, fermé, ne pouvant être franchi, des éponges introduites dans le vagin maintinrent en place ces deux tubes. Mise au lit aussitôt, la femme n'avait rien éprouvé après vingt-quatre heures , et pourtant ces tubes retirés avaient notablement augmenté de volume et dilaté beaucoup l'orifice externe. Après des injections de propreté, ils furent remis en place avec addition d'un troisième tube, le plus volumineux de la série et assujetti comme la veille. Des douleurs de reins se déclarèrent dans la nuit, avec coliques et malaise dans le vagin. Une odeur fétide s'exhalait le lendemain, et l'orifice interne pouvait admettre le doigt. Le travail alla croissant, graduellement, sous l'influence du même moyen, et, le quatrième jour, l'accouchement se fit naturellement par les pieds. L'enfant était vivant ; malheureusement, une anse de cordon se trouvait entre les jambes, et, malgré la rapidité de l'extraction, l'interruption de la circulation fut telle que, après quelques inspirations, le cœur cessa de battre.

Ce premier succès est confirmé par le rapporteur même, qui, ayant appliqué le *Laminaria* suivant les règles précédentes, obtint le même résultat. C'était chez une rachitique dont trois premiers enfants avaient du être extraits par le forceps et le quatrième crâniotomisé. Les applications furent renouvelées de vingt-quatre heures en vingt-quatre heures ; mais, dès la

première, il s'écoula du liquide provenant manifestement d'une rupture des membranes. Les douleurs se déclarèrent dès le second jour, et, en augmentant graduellement, déterminèrent, le cinquième, l'expulsion d'un fœtus mort, putride, avec issue de gaz fétides de l'utérus, et dont l'épiderme du ventre et du scrotum s'enlevait par le frottement. Or, cet enfant étant vivant lors de la première application du *Laminaria*, M. Hubert se demande comment cet étrange résultat s'est produit, et paraît disposé à en accuser l'entrée de l'air dans la matrice lors du changement des bâtonnets opéré par un autre confrère. Sans pouvoir résoudre la question, celle-ci mérite de fixer l'attention. Il s'agit d'éviter la rupture des membranes et de n'introduire à cet effet que des tubes de 3 centimètres, en en augmentant graduellement le calibre, et à les raccourcir à mesure que le col s'efface. Il est d'ailleurs prudent de ne pas les renouveler, une fois les membranes rompues, pour éviter plus sûrement cet accident. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belg.*, t. IX, nº 2.)

Est-ce à dire que ce nouveau moyen, si facile et sûr qu'en soit l'emploi, doive être employé dans tous les cas, à l'exclusion des autres? Non. L'instrument, la méthode, doivent être choisis d'après le cas particulier qui en réclame l'usage, dit le docteur Lumley Earle. Ainsi « la rupture des membranes est préférable dans les cas d'infiltration avec hydropisie de l'amnios et dans les hémorrhagies accidentelles. Le seigle ergoté convient mieux chez les femmes nerveuses qui refusent obstinément l'usage de l'instrument ou aucun moyen local. La méthode des injections forcées de Kiwisch doit être réservée exclusivement aux cas rares où le col est imperceptible au toucher. Les ampoules dilatatrices sont surtout utiles quand il est nécessaire de terminer le travail rapidement en quelques heures, comme dans le cas de chute du placenta, d'éclampsie, etc. Le décollement des membranes avec la sonde élastique est mieux adapté aux rétrécissements modérés de l'extrémité pelvienne. »

Bourses de caoutchouc. — Et comme ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent, c'est à perfectionner ce mode de provoquer le travail que s'est appliqué l'habile obstétricien de l'hôpital de la Reine, à Birmingham. Il se sert, à cet effet, de larges tubes de caoutchouc obtus à une extrémité et ouverts à l'autre, où est fixé un long et fort fil servant à les retirer au

besoin. Une baleine ou mandrin flexible glissant facilement à l'intérieur sert à l'introduction, et c'est ainsi qu'en la retirant, après avoir placé un ou plusieurs de ces tubes dans l'utérus, entre les parois et les membranes, on peut permettre à la femme de se lever et de vaquer à ses affaires sans le même danger de rupture qu'avec des sondes ou des bougies, toujours plus résistantes que ces espèces de petites bourses de caoutchouc. (*Med. Times*, juillet.)

Un seul exemple d'application étant cité à l'appui, on ne saurait dire si l'avantage mis en avant est réel. N'y a-t-il pas le même danger de rupture, surtout pour une main peu exercée, dans l'introduction de ces petits sacs sur une tige flexible qu'avec toute espèce de cathéters plus ou moins résistants? C'est probable; mais l'expérience seule en décidera.

ACÉTATE DE PLOMB. *Dangers.* Malgré les hautes doses auxquelles ce médicament a été administré sans inconvénient par divers praticiens, voici un fait observé par M. Maisonneuve qui, rapproché de ceux d'Orfila, de Flandin, de Tanquerel des Planches, doit rendre toujours les praticiens circonspects dans son emploi.

Un homme atteint d'une dilatation anévrysmale du cœur était à l'hopital de Rochefort avec une dyspnée extrême, sans que la digitale ni les diurétiques pussent améliorer cette anxiété. Une potion avec 5 centigrammes d'acétate neutre de plomb fut prescrite, et cette dose graduellement portée jusqu'à 12 centigrammes en quinze jours. Les résultats furent d'abord satisfaisants ; le pouls devint plus calme, plus plein, plus régulier et la respiration moins gênée; mais ensuite l'abdomen devint douloureux avec gonflement grisâtre des gencives, et quoique suspendu aussitôt, l'entéralgie augmenta, ainsi que la constipation, avec des coliques atroces les jours suivants : ce qui montre l'intoxication saturnine. (*Archiv. de méd. navale.*)

ACIDE. Acides organiques *envisagés au point de vue du régime à suivre à Vichy.* M. Mialhe les divise en trois classes au point de vue de leur destruction dans l'organisme :

La première renferme des acides stables, inattaquables par l'oxygène, et qui, pour cette raison, résistent à la combustion physiologique et apparaissent inaltérés dans les sécrétions.

La seconde comprend des acides très-avides d'oxygène, sous l'influence des alcalis, mais qui, par une oxydation partielle, donnent lieu à de nouveaux acides plus fixes que ceux qui leur ont donné naissance, et que l'on constate dans le liquide urinaire.

Enfin, la troisième classe comprend des acides qui, par l'intervention des alcalis, absorbent l'oxygène condensé dans le sang, en proportion suffisante pour être entièrement oxydée ou brûlée.

Les acides organiques des deux premières classes doivent être proscrits du régime de Vichy, car leur administration aurait pour résultat d'anéantir l'action alcalisante de ces eaux, en donnant naissance à des sels indécomposables dans le sang. Lorsque l'on aura quelque raison d'accroître l'acidité normale de l'urine, on devra, par conséquent, s'abstenir de prescrire ce genre d'acides, même à titre de médicament, attendu que chaque proportion d'acide introduite dans l'organisme priverait le sang d'une proportion équivalente d'alcali, et augmenterait notablement l'acidité du liquide urinaire.

Les acides de la troisième classe peuvent au contraire faire partie du régime de Vichy; et en effet, les acides acétique, lactique, citrique, malique, tartrique et autres acides végétaux, contenus dans les aliments et les boissons, sont entièrement destructibles dans l'organisme, ce qui fait que, lors de leur administration avec l'eau de Vichy, les sels qui résultent de ce mélange éprouvent dans le torrent de la circulation une oxydation complète, qui les transforme en eau, acide carbonique, et, finalement, en bicarbonates alcalins, que l'on constate dans l'urine, qu'ils rendent alcaline au même degré que l'eau de Vichy qu'ils représentent.

D'où il résulte que, à part le cas où l'eau de Vichy est *administrée* à titre d'absorbant des acides gastriques, l'action de cette eau minérale est la même, soit que, pendant son ingestion, on permette ou l'on proscrive l'usage du vin, du vinaigre ou de fruits très-acides, comme les citrons ou les groseilles. Bien plus, si pendant l'emploi de l'eau de Vichy, on fait usage de fruits ou de boissons contenant, non des acides à peu près libres, mais bien des sels alcalins acides tels qu'en renferment les fraises, le raisin et surtout les cerises, l'alcalisation de l'économie est beaucoup plus marquée que si l'eau de Vichy avait été administrée seule.

Loin donc de proscrire du régime de Vichy les aliments et

les boissons qui renferment des sels alcalins acides, il convient, au contraire, de les rechercher, toutes les fois que les fonctions digestives et assimilatrices le permettent. Ces aliments et ces boissons conviennent surtout dans le traitement des maladies qui réclament l'eau de Vichy à haute dose ; en y ayant recours, on arrive à une alcalisation suffisante avec ingestion moindre d'eau minérale. Par contre, dans la cure de la gravelle par les cerises, et surtout dans la cure de cette même maladie traitée par l'usage du raisin, on arriverait à des résultats plus prompts et plus satisfaisants en joignant à ce traitement l'usage d'une certaine quantité d'eau de Vichy ; cette eau, en saturant les sels alcalins acides que les cerises et le raisin renferment, aurait pour effet d'assurer leur entière combustion physiologique ; car on ne doit jamais oublier que c'est uniquement par l'intervention des alcalins que les acides végétaux combustibles s'oxydent, brûlent, et deviennent de véritables éléments calorifiques. (*Ann. de la Soc. d'hydrol.*)

ACONITINE. Par des expériences comparatives sur des racines d'*Aconitum napellus* d'Amérique et d'Europe, M. Proctor a constaté une richesse d'alcaloïde très-différente : 100 parties des premières ont donné 4,2 d'aconitine presque pure, tandis que celles d'Europe n'ont rendu que 2 p. 1000. (*Chemical News*, t. IX.)

ACUPRESSURE. On ne s'en est guère occupé depuis que M. Simpson l'a conçue, créée et mise au monde, que pour la critiquer et en nier même les avantages hémostatiques, surtout dans son pays d'origine. On n'est jamais prophète en son lieu. Au contraire, elle a obtenu un véritable triomphe au delà des monts. Employée dans deux cas d'excision d'un épithélioma de la lèvre inférieure et une amputation du pied par le docteur Creús, elle lui a paru plus facile et plus rapide que la ligature, tout en étant aussi sûre, aussi efficace et favorisant *considerablemente* la réunion immédiate. Telles sont du moins les conclusions du travail publié à ce sujet dans le *Siglo medico*, n° 642 ; et s'il est désirable de voir de plus nombreuses preuves à l'appui, cette appréciation mérite d'être signalée et prise en haute considération par le nom très-distingué de son auteur. On ne dira pas du moins qu'elle est inspirée par la camaraderie ni la rivalité.

AGALACTIE. Elle était complète chez une femme de trente ans environ, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, enceinte pour la huitième fois, observée par M. O'Flynn, de Dublin. Ses seins ne s'étaient jamais tuméfiés ; jamais ils n'avaient été douloureux et n'avaient sécrété de lait. Ils étaient peu développés, flasques et sans aréole apparente au moment de l'examen. Le mamelon n'était que peu saillant. La mère de cette femme était frappée de la même infirmité ; elle avait nourri ses onze enfants au biberon.

D'où l'auteur fait remarquer avec raison que les faits de ce genre pourraient donner lieu aux plus singulières méprises dans une expertise médico-légale relative à une question d'accouchement ou d'avortement. Il importe donc de ne pas les perdre de vue sous ce rapport. (*Dublin med. Press*, n° 302.)

AIR. Air marin. Il semble presque puéril de rechercher si l'atmosphère des plages maritimes, des bords de la mer contient du sel marin, devant cette expérience commune de la saveur salée que donnent les gouttelettes déposées sur les lèvres, le bord des narines, la barbe, quand on a parcouru la berge durant un certain temps, surtout contre vent et marée. Néanmoins les négations de certains expérimentateurs et même d'observateurs trop enclins à nier l'action thérapeutique de cet air marin, ont conduit M. le docteur Gillebert d'Hercourt à mettre cette question hors de doute par des expériences rigoureuses faites à Monaco. Ainsi, en lavant les plantes qui croissent au bord de la Méditerranée dans de l'eau distillée, la solution de nitrate d'argent donnait lieu à un précipité de chlorure d'argent caractéristique. En faisant passer un courant de cet air, produit et entretenu par un tonneau servant d'aspirateur, dans des tubes de Liebig contenant de l'eau distillée, le même procédé produisait le même résultat. De larges drapeaux de tulle préalablement lavés, exposés à l'air marin à 400 ou 500 mètres de distance du rivage et 70 mètres d'élévation, ont encore décelé la présence du chlorure de sodium par la précipitation du chlorure d'argent.

D'où les conclusions suivantes :

Il existe sur les bords de la mer une zone atmosphérique qui est constamment imprégnée de particules salines.

Les distances auxquelles on constate dans l'air du littoral la présence de ces particules autorise à assigner comme dimen-

sion à celte zone, à *Monaco*, au moins 400 à 500 mètres d'étendue horizontale, et 70 mètres au moins d'élévation à partir du bord de la mer.

Toutes choses égales d'ailleurs, la proportion des particules salines paraît d'autant plus grande, que leur recherche a été effectuée dans un point de l'atmosphère plus rapproché de la mer.

Ce fait résulte de la pulvérisation de l'eau qui se produit au sommet de la vague. Il n'est pas nécessaire pour cela que la mer soit très-agitée.

Le transport des molécules salines par les vents peut se faire à des distances telles qu'on a pu constater des traces très-appréciables de sel marin dans des eaux de pluie recueillies loin des côtes.

Cette poussière hydro-minérale ne doit pas être confondue avec cette autre plus grossière, connue sous le nom d'*embrun*, et constituée par des gouttelettes d'eau que les vents ont enlevées à la surface des flots. (*Acad. de méd.*, octobre.)

ALBUMINURIE. Étiologie. Dans la diphthérite, elle n'est le résultat, dit M. Sée, ni de la suffocation ni de l'oppression, pas plus que d'une augmentation de la pression intra-vasculaire, car il rapporte un fait, observé à Beaujon, où elle n'est apparue qu'après la trachéotomie, c'est-à-dire alors que la gêne de la respiration avait disparu.

Pour M. Archambault, elle n'est pas toujours liée à la diphthérite, lors même que celle-ci est manifeste. Dans un certain nombre de cas, dont il cite quelques exemples, une scarlatine latente lui paraît en être la cause. Mais cette opinion n'est appuyée que sur des inductions, et M. Sée a donné un moyen d'éclairer ce litige. Dans la diphthérite, l'albuminurie apparaît beaucoup plus tôt que dans la scarlatine, et l'urine, dans ce cas, ne contient jamais de sang, tandis que dans l'albuminurie scarlatineuse, 9 fois sur 10 on peut constater la présence du sang. Legendre a même pu dire que c'était plutôt de l'hématurie que de l'albuminurie proprement dite qu'on rencontrait dans la scarlatine. Le microscope n'est pas moins net à cet égard. Bien plus souvent, dans l'albuminurie scarlatineuse, on rencontre des tubes cylindriques et des fibrilles ; dans l'albuminurie diphthéritique, au contraire, il n'y a jamais de globules de sang, et plus rarement encore des tubes cylindriques et des fibrilles ; du reste, l'asphyxie n'a aucune influence sur la pro-

duction de cette albuminurie ; on ne saurait d'ailleurs affirmer la nature scarlatineuse de l'affection d'après la quantité d'albumine. (*Soc. méd. du IX[e] arrondiss.*, et *Union méd.*, n° 6.)

Emploi sémiologique du thermomètre. Comme dans les inflammations aiguës, M. Ringer, médecin de *S. Barthelemy Hospital*, l'applique à la maladie de Bright pour en connaître les diverses périodes. Dans un cas de néphrite scarlatineuse, il marqua ainsi 105° F. pendant quatre ou cinq jours, pour revenir ensuite au degré normal, alors que du sang apparut dans les urines raréfiées. L'élévation de la température marquerait ainsi le degré de l'inflammation, et permettrait sûrement d'en juger la marche et l'intensité, sans que la persistance d'autres symptômes, comme l'émission du sang, doivent modifier ce pronostic. Le traitement en recevrait donc ainsi de précieux éclaircissements. (*Presse méd. belge*, n° 2.)

Sans offrir rien de nouveau, le traitement mixte du docteur Hassall paraît avoir été si heureux entre ses mains, qu'il mérite d'être connu. Sur cinq cas, dans lesquels la quantité d'albumine rendue lors de l'entrée des malades à l'hôpital était de 70, 310, 357, 184, 245 grammes par jour, elle était réduite à 5, 161, 202 grammes pour les trois premiers, après un séjour de trois mois ; à 77 grammes pour le quatrième, après deux mois, et à 6 grammes pour le cinquième, après cinq mois de traitement.

Il consiste à favoriser l'action de la peau par des bains de vapeur, à neutraliser par des ventouses sèches la congestion des reins. Des toniques et des astringents sont administrés, notamment le sesquichlorure de fer, le sulfate de quinine, les acides tannique et gallique, et quand l'hydropisie est considérable les hydragogues cathartiques et diurétiques. Mais pardessus tout il faut veiller à la diète, qui doit être nitrogénée. Les œufs et le lait seront donnés en abondance. C'est à ce régime, et surtout au repos et au calme moral qu'il procure à ses malades, que M. Hassall attribue les succès obtenus. (*Lancet*, décembre 1865.)

ALIÉNATION MENTALE. Suivant un rapport ministériel du 16 avril, il y avait en France, en 1860, 99 asiles spéciaux aux aliénés : 57 publics et 42 privés, pouvant contenir 31 550 malades. L'effectif progressivement croissant d'après

une statistique des vingt-cinq dernières années, était de 30 239 à cette époque, se répartissant en 26 450 fous, 3746 idiots et 43 crétins, au 1er janvier 1861.

L'hérédité suivant les sexes ne ressort pas clairement de cette statistique, mais la prédominance des causes physiques sur les causes morales est complétement établie. L'ivrognerie en est la plus fréquente.

En raison même de ce fait probablement, le nombre des sorties et des guérisons des hommes est positivement supérieur à celui des femmes ; de même, la proportion des guérisons est supérieure à la suite d'aliénation par causes physiques que par causes morales.

La mortalité dans les asiles va en augmentant, et est surtout considérable à partir du premier mois de leur internement, parmi les hommes plus que parmi les femmes.

Tels sont les principaux résultats, appuyés sur des chiffres, de cette vaste enquête statistique. Élaborée avec des matériaux recueillis d'après un plan uniforme, elle a une valeur considérable qui s'augmenterait encore de l'actualité, si elle comprenait les six dernières années.

Tandis que la statistique officielle en France s'arrête à 1860, celle pour les îles Britanniques va jusqu'au 1er janvier 1865. Ainsi le nombre total en était pour l'Angleterre de 29 425, dont 13 988 hommes et 15 437 femmes, répartis comme suit :

Asiles publics	22284
Hôpitaux	2177
Établissements privés	4479
Asiles maritimes, militaires et criminels	485

En Écosse, ce nombre s'élève très-exactement à 6515, dont 3021 hommes et 3494 femmes, répartis de la manière suivante :

Asiles publics de district	1542	hommes,	1579	femmes.
Asiles privés	363	—	451	—
Asiles des paroisses	217	—	273	—
Asiles des pauvres	179	—	253	—
Établissements privés	720	—	938	—

En Irlande, ce total est de 8485, savoir :

Asiles publics	4729
Asiles privés	552
Maisons de travail	2563
Prisons	452
Maintenus par le gouvernement	188

De 8272 qu'il était en 1864, le nombre s'en est élevé, en Irlande, à 8485 en 1865. 4835 étaient dans des établissements publics, et 2733 dans des établissements de bienfaisance; 583 dans des maisons particulières, et le surplus dans les prisons ou des asiles spéciaux.

C'est donc 44 425 aliénés renfermés que compte le Royaume-Uni, outre ceux qui sont dans leurs familles, et dont il est impossible de fixer exactement le nombre. La proportion n'en est établie ni avec la population ni avec l'étendue kilométrique de chaque pays, et il n'en résulte que ce fait bien connu, universel, de la plus grande fréquence de l'aliénation parmi les femmes que parmi les hommes.

Des renseignements beaucoup plus précis sont fournis par le récent rapport du docteur Laehr, sur la population de tous les asiles de l'Allemagne au 1er janvier 1865. Pour 46 millions d'habitants et une étendue de 11 459 milles carrés allemands, il y a 141 asiles, 92 publics et 49 privés, contenant 19 550 aliénés, savoir : 17 833, comprenant 9426 hommes et 8397 femmes dans les asiles publics, contre 1727 seulement (900 hommes et 827 femmes) dans les établissements privés; 83 directeurs, 54 médecins en chef et 124 adjoints. Divisés suivant les différents États, ces chiffres se décomposent ainsi pour les principales monarchies :

	Superficie.	Population.	Asiles publics.		Établiss. privés.		Médecins.
Prusse. . . .	5094	19 252 363	32	4796 alién.	27	944 alién.	89
Autriche. . .	3586	13 000 000	14	3065 —	4	150 —	45
Bavière. . . .	1388	4 807 440	9	1850 —	2	19 —	24
Saxe.	271	2 343 994	4	1955 —	5	137 —	23
Hanovre. . . .	698	1 923 492	1	856 —	1	» —	8
Wurtemberg.	354	1 748 328	2	309 —	6	342 —	26

Ces détails statistiques sur l'aliénation mentale dans ces différents pays sont curieux et intéressants, et méritent d'être consignés.

Symptomatologie. *Température cutanée.* Invariablement identique, elle présente les caractères suivants, d'après M. Berthier, dans les folies non chroniques, à forme expansive : abaissement plus ou moins marqué de la chaleur aux extrémités, élévation également graduée à la tête et sous les aisselles; mains sèches à la face dorsale, humides, quelquefois moites, fréquem-

ment visqueuses à la face palmaire; — dans les folies non chroniques, à forme dépressive : température basse, même très-froide aux membres inférieurs, élevée à la tête et sous les aisselles; aux mains, face dorsale sèche, très-sèche, face palmaire sèche ou gluante; — dans l'état chronique, la transformation du derme, qui s'amincit, se parchemine et quelquefois se laisse envahir par l'érythème pellagreux, ramène progressivement les symptômes à une sorte d'uniformité. Moins de chaleur à la tête et sous les aisselles, moins de froid aux extrémités; peau généralement aride, sèche, pulvérulente, rugueuse. (*Journ. de méd. mentale*, avril.)

Dilatation fusiforme de la carotide interne. Chez un certain nombre d'aliénés, M. Manson a rencontré cette disposition particulière de l'artère à partir de son origine. Il l'attribue à l'obstacle circulatoire produit par l'oblitération des capillaires dans certaines affections chroniques du cerveau (*Med. Times*, mars.) Ce serait donc un fait analogue à la dilatation du ventricule gauche dans la maladie de Bright.

Traitement. *Influence des fièvres intermittentes.* Après Koster, qui a éveillé le premier l'attention sur ce sujet, en rapportant 7 guérisons et 7 améliorations de l'aliénation après ces pyrexies, le docteur Nasse, en étudiant pendant neuf ans et demi l'action de cette cause sur 76 aliénés de l'asile Sachsenberg, près de Schwerin, où la fièvre intermittente est très-commune, est arrivé aux résultats suivants :

Guérisons complètes.	2
Améliorations durables.	3
— passagères.	14
— pendant la fièvre.	7

Dans 39 autres cas, il n'y eut aucune influence sensible; elle fut même fâcheuse dans 3.

Les cas les plus favorables sont la mélancolie, la manie; ce qui explique les différences obtenues par les différents observateurs. M. Dagonet n'a pas vu, en effet, ces accès modifier le délire (*Ann. méd. psycholog.*, septembre). C'est donc dans la mélancolie et la manie qu'il faudrait se borner à expérimenter ce singulier moyen pour être en droit d'en tirer des conclusions.

Chanvre indien. M. Böttcher l'a trouvé utile, comme quatre

observations en déposent, surtout au début des affections mentales, contre l'insomnie et l'anxiété précordiale, alors que l'opium a échoué. Il a eu à s'en louer aussi dans les formes constituées contre l'agitation déterminée par des hallucinations de la vue ou de l'ouïe inspirant une profonde terreur aux malades. (*Berl. klin. Woch.*, n° 16.)

Considérations sur l'emploi de l'opium dans la manie. Thèse inaugurale, par M. Becoulet, ancien interne à l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord). Strasbourg, 1866.

Excellente monographie historique, clinique et thérapeutique sur ce sujet très-restreint.

De la curabilité de certaines formes de folie, épilepsie, catalepsie, hystérie, chez les femmes, par le docteur Baker Brown. Londres.

En rapportant la plupart de ces maladies à l'*excitation périphérique*, c'est-à-dire des organes génitaux du nerf honteux, le remède unique et spécifique est l'excision du clitoris. On peut juger de l'*excentricité* du livre et de l'auteur par celle du remède.

Rapports des maladies constitutionnelles et diathésiques avec la folie. — De 45 observations cliniques rassemblées à cet effet par M. Dupouy, il conclut qu'en vertu de la solidarité organique à une modification maladive de l'intelligence correspond toujours une modification connue ou inconnue, soit du cerveau ou des conditions matérielles qui le font fonctionner.

Il est ainsi convaincu qu'il existe des manies chlorotiques, scrofuleuses et rhumatismales, des lypémanies tuberculeuses ou pellagreuses, comme des épilepsies saturnines ou syphilitiques. D'où un traitement précis, rationnel. (*Ann. méd.-psychologiques*, septembre.)

Étude médico-légale sur la simulation de la folie. Considérations cliniques et pratiques à l'usage des médecins experts, des magistrats et des jurisconsultes, par le docteur Armand Laurent, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille. Un volume in-8. — Ouvrage nouveau et des plus importants en présence des cas de simulation remarquable et persistante qui ont été signalés dans ces derniers temps.

Traité de la médecine légale des aliénés dans ses rapports avec la capacité civile et la responsabilité juridique des individus atteints de diverses affections aiguës ou chroniques du système nerveux, d'infirmités congénitales (surdi-mutité, cécité), d'arrêt de développement cérébral (idiotie, imbécillité), etc., par M. Morel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), etc., etc. 1 volume grand in-8° compacte, publié en 6 fascicules. En vente le fascicule 1er, comprenant les *Considérations générales et l'historique*. In-8° de 160 pages.

ALLAITEMENT. *De la mortalité des nourrissons en France*, spécialement dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou, par le docteur Brochard, chevalier de la Légion d'honneur, médecin de l'Hôtel-Dieu, de la prison et des épidémies de Nogent-le-Rotrou. In-8° de 164 pages.

Circonscrivant cette question très-importante d'hygiène publique à l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), où l'unique industrie des femmes est de venir chercher des nouveau-nés à Paris pour les allaiter, M. le docteur Brochard la résout de manière à lever tous les doutes à cet égard.

Sur 2429 nourrissons arrivés en 1858 et 1859, il a constaté officiellement, comme chargé du service médical de la direction des nourrices dans cet arrondissement, qu'il en était mort 866, soit 35 pour 100; tandis que sur 2163 naissances survenues pendant ce temps dans l'arrondissement, il n'y a eu que 496 décès d'enfants n'ayant pas deux ans, soit 22 seulement pour 100, défalcation faite, bien entendu, des 866 précédents enregistrés par erreur comme formant la mortalité locale. Soit 1362 décès sur 2163 naissances. Ainsi se trouve faussé le mouvement annuel de la population parisienne et celle des départements où s'exerce l'industrie des nourrissons. La différence est ici authentique et très-frappante, d'autant plus qu'aucune cause locale ou endémique n'avait agi durant cette période.

Les causes réelles de cette extrême mortalité chez les nourrissons de Paris ne ressortent pas moins clairement de cette statistique. Elle a été de 17 pour 100 chez les nourrissons parfaitement surveillés de la direction générale des nourrices, de 42 sur ceux des bureaux particuliers privés de surveillance; de 55 parmi les enfants assistés de Paris, quoique surveillés comme les premiers, et de 60 à 75 parmi ceux du département qui sont tous élevés au biberon par ordre supérieur (*Journal de*

médecine de Bordeaux, février). C'est donc bien à défaut de soins et d'allaitement naturel, soit dans les huit à dix premiers jours de la naissance, soit indéfiniment, comme chez ces derniers, qu'il faut s'en prendre, sans que la différence de constitution avec les enfants des campagnes, des prédispositions héréditaires morbides, etc., puissent être invoquées. Il est d'autant plus facile aux parents, aux familles et à l'administration d'y porter remède, que la nouvelle société protectrice de l'enfance leur en offre un sûr moyen.

Un mémoire du docteur Monot (de la Nièvre) *sur l'industrie des nourrices et la mortalité des nouveau-nés*, soumis officiellement à l'Académie de médecine, a mis cette question importante à l'ordre du jour devant ce corps savant, en signalant des abus criants aussi bien des nourrices que des autorités municipales, et des malheurs déplorables. Pour y porter remède, il propose d'exclure les filles-mères comme nourrices et obligeant les femmes mariées à une autorisation spéciale de leurs maris, à cause de la démoralisation qui autrement en est la conséquence. L'âge exact de la nourrice, qui ne pourrait se présenter comme telle que de vingt à quarante ans; celui de son enfant; la moralité et les conditions de salubrité de logement, de position, devraient aussi être exigées, ainsi que des inspections médicales plus fréquentes et plus efficaces.

Sans doute des réformes sont urgentes devant la déplorable habitude que les habitants des grandes villes, Paris en particulier, ont de confier leurs enfants à des étrangères pour les allaiter, sans les moindres garanties de moralité ni de santé. Mais il est bien délicat de toucher à cet égard à la liberté individuelle; ce n'est que par l'entremise des officiers municipaux que le gouvernement peut veiller à l'observation des mesures qu'il jugera nécessaire d'édicter, et l'on sait tout ce que laissent à désirer dans les campagnes les lumières, le zèle et même l'intégrité, l'indépendance de ces autorités. L'exécution de ces réformes laissera donc toujours beaucoup à désirer.

Une mesure, la meilleure assurément, serait de prescrire à toutes les mères d'allaiter leurs enfants ; devoir commandé par la morale et la nature. Mais que de réclamations s'élèveraient aussitôt! A défaut de cette prescription légale, ne pourrait-on pas du moins recommander ce devoir sacré par la voix du clergé et des autorités, et venir en aide pécuniairement aux mères pauvres ayant besoin de leur travail journalier pour vivre et

faire vivre leur enfant. Déjà les crèches et des sociétés particulières fonctionnent dans ce sens ; il n'y aurait qu'à étendre et perfectionner ces moyens de secours.

Aussi la *Société protectrice de l'enfance*, qui s'est formée à Paris dans le but spécial de surveiller par ses délégués et correspondants les enfants confiés à des nourrices, pourrait-elle être d'un puissant secours pour la réalisation de ces réformes dans les départements. Le gouvernement n'aurait qu'un mot à dire pour l'encourager dans cette voie en lui donnant force et autorité.

Pesées régulières. La santé de l'enfant et son poids étant dans un rapport très-étroit et sensible, MM. Odier et Blache, internes dans les services d'accouchement, estiment que la meilleure organisation administrative par les simples règles d'hygiène et d'allaitement serait impuissante à sauvegarder les intérêts des nouveau-nés, sans y ajouter le système des pesées obligatoires déjà préconisées par MM. N. Guillot, Hervieux et Bouchaud, comme moyen de constater et de surveiller leur état de santé. Ceux-ci sont trop souvent remis aux nourrices dans un état pitoyable pour que l'on doive rendre celles-ci toujours responsables de l'extrême mortalité de leurs nourrissons. La constatation du poids de l'enfant étant une indication infaillible de son état de santé, ils proposent, chaque fois qu'un enfant sera remis à une nourrice, de le peser et d'inscrire son poids sur son bulletin, qui sera remis à l'autorité locale à son arrivée et transcrit sur un registre spécial.

Chaque semaine, l'enfant devra être représenté au médecin inspecteur qui se rendra auprès de l'autorité, et le poids ainsi constaté indiquera le progrès ou le déclin de sa santé (*Académie de médecine*, octobre). Ce système singulier n'a qu'un défaut, c'est d'être impraticable sous tous les rapports.

Mortalité infantile. D'un mémoire sur ce sujet lu à la Société de statistique de Londres par le docteur Farr, il résulte que sur 100 nouveau-nés, il en arrive à l'âge de 5 ans : en Norvége, 83 ; en Suède, 80 ; en Danemark, y compris les anciens duchés, 80 ; en Angleterre, 74 ; en Belgique, 73 ; en France, 71 ; en Prusse, 68 ; en Hollande, 67 ; en Autriche, 64 ; en Espagne, 64 ; en Russie, 62 ; en Italie, 61.

Scrutant les causes de ces extrêmes différences, M. Farr

attribue la proportion favorable qui distingue la Norvége au régime lacté auquel les enfants sont exclusivement soumis dans ce pays. Mais un fait non moins important, c'est la prédominance des populations rurales sur celle des villes, et qui, loin do vivre agglomérées, réunies on centres, en villages populeux, sont dispersées en fermes et maisons isolées, construites en bois, sur des terrains rocheux et exempts d'humidité. D'où résulte pour chaque personne une plus grande airo en Norvége que dans tout autro pays, même aux États-Unis.

Quant à la mortalité extrême qui frappe l'Italic placée à l'extrémité opposée de l'échelle, M. Galligo l'attribue à l'étude négligée des maladies de l'enfance et le défaut d'hôpitaux spéciaux. On ne peut apprendre en effet qu'en étudiant, et pour cela il faut en avoir les moyens.

AMÉNORRHÉE. *Vagin artificiel.* Chez une fille de quinze ans, non régléo, ayant éprouvé à deux reprises, à un mois de distance, des douleurs très-vives dans les reins et le bas-ventre, avec nausées, vomissements, fièvre, accidents paraissant se rattacher à l'établissement de la menstruation, le médecin n'ayant pas trouvé d'issue à l'examen, fit entrer cetto fille à l'Hôtel-Dieu. A l'examen, M. Dolbeau rencontre une conformation externe parfaitement normale; l'hymen offre même un petit orifice à son centre, mais le stylet y rencontre à quelques millimètres un obstacle insurmontable.

L'exploration rectalo, abdominale et vésicale constate uniformément une tumeur dure, résistante, sorte de boudin dirigé un peu à droite, entre le rectum et l'urèthre. Le vagin n'existant pas, cette tumeur résultait probablement de l'accumulation du sang. Il s'agissait donc de lui donner issuo et de créer une voie, un canal artificiel pour l'écoulement périodique du sang, sans quoi la vie de la jeuno fille pouvait être compromise.

La ponction do la tumeur sanguine par le périnée ou par lo rectum était donc insuffisante. Outre que l'instrument, en se frayant ainsi un passage aveuglément, peut léser des organes importants, ce n'était là qu'une opération palliative, ne remplissant nullement la principale indication qui y faisait recourir. Le décollement du rectum avec l'urèthre, et l'ouverture consécutive de la pocho sanguine proposéo et exécutée par Amussat, puis par A. Bérard, puis M. Debrou, sont bien plus rationnels. Dès lors l'urèthre porté en avant à l'aide d'un cathéter, le chi-

rurgien, portant le rectum en arrière à l'aide du doigt, pratique une incision de la peau entre les deux conduits, comme dans la taille prérectale. Les parties molles sont ensuite décollées, au besoin seulement divisées avec l'instrument tranchant, afin d'éviter plus sûrement toutes lésions. C'est ce qui fut exécuté le 22 mai. Arrivé sur la tumeur, au lieu d'en attendre l'ouverture spontanée par ulcération ou autrement, à cause de la cicatrisation possible de la plaie et du rétrécissement probable de l'ouverture, M. Dolbeau en pratiqua largement l'ouverture pour avoir une issue complète et facile du sang. Des caillots noirâtres ont été extraits. Le doigt a perçu immédiatement le col de l'utérus entouré encore de caillots qui ont été rejetés postérieurement. La suppuration s'est établie, et à l'aide du toucher pratiqué chaque jour, une voie artificielle a ainsi été créée pour l'exécution d'une fonction importante à la vie. (*Gazette des hôpitaux*, n° 84.)

Délicate par les dangers, les accidents qu'elle peut entraîner, cette opération, dont l'indication est formelle en pareil cas, n'a été faite qu'un si petit nombre de fois, qu'il était curieux d'en connaître les résultats. Les règles n'étaient pas encore apparues après plus d'un mois, à la sortie de l'hôpital. Elles étaient apparues chez l'opérée d'Amussat, quoique obligé d'intervenir de temps en temps pour maintenir le canal béant. Celle de M. Debrou a pu même se marier et devenir enceinte, mais l'accouchement a été des plus laborieux ; il fallut recourir au forceps, et la femme succomba. Jusqu'ici les bénéfices de cette opération ne sont donc pas encore connus, et c'est à la dilatation progressive avec des mèches de *Laminaria digitata* qu'il faudrait recourir, croyons-nous, pour en obtenir un succès complet.

AMPUTATIONS. Bien qu'incomplète, la statistique des amputations pratiquées par les chirurgiens de l'armée confédérée pendant la guerre n'offre pas moins un certain intérêt dans la proportionnalité.

Amputations de la cuisse, 507.

		Guéris.	Morts.	Mortalité p. 100.
Primitives	345	213	132	38
Secondaires.	162	43	119	72

Amputations de la jambe, 464.

		Guéris.	Morts.	Mortalité p. 100.
Primitives.	314	219	95	30
Secondaires. . . .	150	76	79	40

Amputations du pied, 22.

			Guéris.	Morts.	Mortalité p. 100.
Primitives. . .	Chopart. . .	16	13	3	18
	Syme. . . .	2	2	»	0
	Pirogoff. .	4	2	2	50
Secondaires. .	Chopart . .	8	7	1	12
	Syme. . . .	4	4	»	0

Un des opérés par la méthodo de Syme subit ultérieurement l'amputa tion de la jambe.

Amputations du bras, 434.

		Guéris.	Morts.	Mortalité p. 100.
Primitives.	294	252	42	14
Secondaires.	140	87	53	37

Amputations de l'avant-bras, 114.

		Guéris.	Morts.	Mortalité p. 100.
Primitives.	69	61	8	12
Secondaires.	45	35	10	22

Amputation sus malléolaire. Par sa position de chirurgien de l'asile impérial de Vincennes, M. Laborie a pu étudier les suites éloignées de cette opération pratiquée dans les divers hôpitaux de Paris. En comparant ainsi un très-grand nombre de faits, il a pu juger que si par le résultat immédiat le plus précieux, c'est-à-dire la conservation de la vie des opérés, elle est au-dessus de l'amputation au lieu d'élection, elle lui est incontestablement inférieure, quant aux suites, à l'usage du membre. Il s'est assuré que tous les opérés offrant la cicatrice à l'extrémité du moignon présentent des accidents absolument identiques. Le membre mutilé ne peut servir à la sustentation. La cicatrice, tiraillée incessamment, s'ulcère. Ces ulcérations douloureuses finissent par gagner les extrémités osseuses, et le plus souvent les malades découragés, dont la santé s'altère, réclament uno nouvelle amputation.

Les malades ayant subi l'amputation avec conservation d'un

seul lambeau postérieur, comprenant dans son épaisseur le tendon d'Achille, font seuls exception à cette règle. On obtient par ce procédé un moignon dont la cicatrice est située sur la partie antérieure et inférieure de la jambe; et le lambeau, fortifié par la présence du tendon qui lui donne une consistance presque osseuse, résiste facilement à la pression exercée par le poids du corps. Dès lors le malade marche sur son moignon; il n'a pas besoin de chercher sur la jambe ou la cuisse un point d'appui, qu'il prend sur l'extrémité même du membre mutilé.

Un blessé ayant subi cette amputation pour un écrasement du pied en offre l'exemple. Le lambeau postérieur se fixe sur la partie antérieure de la jambe, au moins à 2 centimètres au-dessus de la section des os. Le tendon d'Achille, dont on peut apprécier la consistance, forme un véritable squelette dans ce lambeau. Jamais ce malade n'a souffert de la pression, exercée même avec violence à l'extrémité du moignon, et avant la cicatrisation complète il marchait en s'appuyant sur cette extrémité.

Un an après l'opération, la marche est facile, et l'opéré peut faire plusieurs lieues sans se servir de canne, à l'aide d'une simple bottine avec un remplissage représentant la longueur de la mutilation; deux tiges latérales de fer, que l'on fixe sur la jambe avec une jambière lacée, empêchent la bottine de se renverser. Le résultat est donc aussi satisfaisant que possible, et tout permet d'espérer qu'il se maintiendra. (*Soc. de chir.*, février.)

Amputation de Pirogoff. Pour prévenir la rétraction du lambeau plantaire, le docteur Scholtz, plaçant le pied à angle droit sur la jambe, incise les parties molles de la plante du pied suivant une ligne droite étendue entre les sommets des deux malléoles et se prolongeant un peu au-dessus de ces sommets; une autre incision, légèrement convexe en avant, réunit les extrémités de la première sur la face dorsale, et sert à ouvrir rapidement l'articulation tibio-tarsienne. Coupant ensuite les ligaments latéraux et les tendons qui passent derrière les malléoles, il dégage les faces supérieure et latérale du calcanéum jusqu'à pouvoir amener le pied dans l'axe de la jambe. Ce résultat obtenu, l'incision plantaire et l'incision dorsale se trouvent dans un même plan perpendiculaire à l'axe du membre inférieur, et c'est aussi suivant ce plan qu'on pratique

la section du calcanéum. Enfin on isole les os de la jambe, et, par un trait de scie on enlève les malléoles, avec une mince rondelle du tibia et du péroné. (*Zeitschr. für prakt. Heilk.*, n° 52, 1865.)

Mise en pratique sur un soldat, cette modification a donné un résultat satisfaisant. Il se promène sans fatigue, et marche assez rapidement avec un pied artificiel et à l'aide d'une canne.

Amputation de Syme. Dans une de ses leçons au collége royal des chirurgiens de Londres *Sur la chirurgie du pied humain*, M. Hancock, analysant tous les détails de cette opération d'après un tableau statistique de 219 cas, trouve les résultats suivants :

Guérisons immédiates..	183
Amputations secondaires.	13
Décès.	17
Résultats non connus.	6

(*Lancet*, 21 juillet.)

AMYGDALES. *Hypertrophie.* Elle est, selon M. Champouillon, une véritable infirmité pour les enfants, lorsqu'elle existe à l'état chronique, source de tracasseries, de malaises, sinon de souffrances cruelles, et même un obstacle à l'évolution des constitutions les mieux préparées. Par leur volume, elles poussent en avant et immobilisent le voile du palais et la luette, obstruent l'orifice postérieur des fosses nasales et même la gorge. D'où altération de la voix, déglutition difficile, respiration ronflante pendant le sommeil nécessitant l'ouverture de la bouche. En diminuant la quantité d'air inspiré pendant le jour, le murmure vésiculaire est moins ample, moins éclatant au sommet des poumons. Cette ration atmosphérique insuffisante préjudicie à l'hématose, rend l'oxydation des globules sanguins imparfaite, favorise l'anémie, abaisse la chaleur animale, et altère l'élaboration des matériaux nutritifs. Une déformation particulière du thorax peut même s'ensuivre.

La trompe d'Eustache, en participant à l'irritation chronique, occasionne souvent une surdité temporaire.

Il y a donc urgence à traiter activement cette altération, et au besoin à pratiquer l'excision de cet organe, si la résolution ne peut s'en faire. (*Acad. des sc.*)

Tout en reconnaissant le réalisme du tableau précédent, nous ne saurions nous empêcher de dire qu'il est exagéré. S'il est vrai que ces accidents peuvent se produire, c'est très-exceptionnellement. Son défaut est de faire prendre cette exception pour la règle, afin d'arriver plus sûrement sans doute à ce qu'elle ne s'observe plus.

ANALEPTIQUES. Le sang artériel du bœuf contenant tous les principes analeptiques de la viande crue de cet animal, et ne perdant aucune de ses qualités nutritives par la coagulation au contact de l'air, M. le docteur A. Lespiau, médecin-major de première classe à l'hôpital du Gros-Caillou, a eu l'idée d'en faire des pastilles dont voici la formule :

Caillot de sang artériel de bœuf.	8 parties.
Sucre blanc pulvérisé et tamisé.	70 —
Poudre d'iris de Florence.	2 —

La quantité du caillot représente le dixième de la masse totale.

Ce nouveau médicament remplace très-bien la pulpe de viande crue, et se donne à des doses calculées de manière que la quantité de caillot représente 2 grammes par jour pour les adultes, et pour les enfants des proportions en rapport avec l'âge des sujets. (*Bull. de l'Académie de méd.*)

ANASARQUE. Diagnostic. L'examen des urines offre, selon le docteur Ronvaux, des signes différentiels très-précis au début de l'hydroémie, suivant la cause qui l'a produite. Ainsi, quand elle provient d'une diminution de l'exhalation cutanée et pulmonaire, les urines, plus ou moins abondantes, ont leur composition normale, et ne renferment pas d'albumine au début, à moins qu'il n'y ait complication du côté des reins. S'il y a néphrite aiguë, les urines sont considérablement diminuées en quantité et même quelquefois tout à fait supprimées ; le peu qui en est excrété renferme presque toujours de l'albumine normale et même du sang. Dans la dégénérescence des reins, les urines sont diminuées en quantité, mais beaucoup moins que dans le cas précédent, et elles renferment une forte proportion d'albumine normale. Dans l'hydroémie des fièvres exanthématiques, l'état des urines est assez variable ; mais, géné-

ralement, la quantité en est diminuée, et l'on y trouve d'assez fortes proportions d'albumine modifiée ou caséiforme. Quand elle résulte d'un état anémique prononcé, les urines sont généralement assez abondantes, peu denses, et ne renferment que de faibles quantités d'albumine caséiforme ou d'albuminose.

Mais ces différences tranchées ne se rencontrent, il faut bien le remarquer, que dans les premiers temps de toute infiltration. Lorsqu'elle dure depuis longtemps, les urines tendent à prendre un état assez uniforme, qui ne varie plus que par la plus ou moins grande quantité de liquide et par le plus ou moins d'albumine modifiée que l'on y rencontre, et encore ces différences deviennent-elles fort peu sensibles. (*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

ANATOMIE. Clavicule. De la comparaison de 9 paires de cet os provenant du même sujet, dont le docteur Wyman donne le détail, il résulte que la longueur de la droite n'était égale que dans 3 cas; supérieure de 5/100es dans un seul, et dans les 6 autres, la gauche au contraire, était plus longue de 13 à 35/100es.

Le poids n'était pas plus égal, uniforme et sans rapport avec la longueur : celui de la clavicule droite était supérieur dans 6 cas, avec une différence de quelques milligrammes jusqu'à plus de 7 grammes; celui de la gauche, supérieur dans 3 cas, ne variait que de 1 à 3 grammes. (*Bost. med. Society*, mai.)

L'écart considérable constaté entre ces deux os pairs est assez curieux; mais il était indispensable, pour tirer profit de ces résultats, de connaître les professions des sujets, car on pourrait avoir ainsi le mot de l'énigme de ces différences de longueur et de poids.

Muscle intercostal commun. Sur les animaux domestiques, M. Goubaux, professeur d'anatomie à l'École vétérinaire d'Alfort, contrairement à la plupart des auteurs, le considère comme expirateur. Il se fonde, à cet égard, sur ce que son insertion inférieure et postérieure à la région lombaire est son origine, en ce qu'elle est plus fixe et moins mobile que l'insertion supérieure à l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale. Or, dit-il, si les faisceaux obliques en avant, en bas et en dehors que l'on voit se détacher de distance en distance de son bord externe pour s'insérer sur les côtes, ne peuvent

qu'affaisser celles-ci ou les rapprocher de la ligne médiane, et diminuer ainsi le diamètre transversal de la cavité thoracique, il est donc expirateur.

Il se fonde d'ailleurs sur un exemple de déviation de la colonne vertébrale dans la région dorsale suivi d'autopsie, présenté à la Société de biologie en 1855 (t. II, p. 153), pour trouver les preuves expérimentales de cette opinion. (*Journ. d'anat. et de physiol.*, n° 1.) — Voy. MUSCLES.

Vaisseaux et nerfs des fibro-cartilages. Contrairement à l'opinion générale, M. Sappey a découvert, dans les fibro-cartilages interarticulaires, ceux du genou en particulier, des veines et des artères très-multipliées, se dirigeant parallèlement aux faisceaux du tissu conjonctif, avec un grand nombre de branches collatérales formant des anastomoses entre elles au début de leur trajet; les artères sont même pourvues de leurs trois tuniques. Leurs terminaisons forment des anses avec des dispositions très-variées. Les bourrelets périarticulaires sont encore plus vascularisés, de même que le périoste, dont ils semblent une dépendance.

Des nerfs dont le volume surpasse parfois celui des vaisseaux suivent ceux-ci ou s'en écartent dans des directions diverses, en formant comme eux des anastomoses et des entrecroisements des plexus multiples.

Ces vaisseaux et ces nerfs pénètrent en très-grand nombre les ligaments. En se divisant et se subdivisant à l'infini, d'interstice en interstice, d'aréole en aréole, ils arrivent jusqu'à leur face profonde, où leurs dernières ramifications forment, sur les points recouverts par les synoviales, un réseau d'une extrême richesse. Les ligaments capsulaires et quelques autres ligaments périphériques en sont si abondamment pourvus, qu'ils peuvent être comparés à la peau sous ce rapport. Les nerfs surtout y sont aussi nombreux que dans la peau des doigts et des orteils.

Il en est de même des aponévroses, dont les nerfs sont de deux ordres : les uns propres, spéciaux à ces enveloppes; d'autres, communes aux muscles des tendons, n'en sont pas si abondamment pourvues. On peut donc assigner à cet égard le premier rang aux ligaments et aux fibro-cartilages périarticulaires, le second aux aponévroses et aux tendons, le troisième aux cartilages. (*Acad. des scienc.*, mai.)

...

Ainsi se trouve démontré, par le microscope, un fait anatomique normal, longtemps ignoré, nié et soupçonné, prévu seulement dans ces derniers temps par quelques physiologistes hardis.

Ganglions nerveux périphériques. Rappelant ce qui a été dit à ce sujet au point de vue histologique, anatomique et anatomo-pathologique, M. Polaillon, par de nouvelles *études sur la texture de ces ganglions*, montre qu'ils font partie intégrante du nerf. Il a constaté aussi que le névrilème se continue sur le ganglion et lui forme une gaîne qui a la même texture lamineuse que le névrilème. Elle adhère tellement au tissu propre, c'est-à-dire aux globules ganglionnaires, qu'il est impossible de la séparer, sinon chez les animaux très-jeunes, le fœtus humain et des mammifères où l'on peut isoler ce fourreau.

Le tissu ganglionnaire est divisé en quatre groupes, selon l'arrangement de ses éléments histologiques. Ainsi les ganglions des nerfs de sensibilité générale diffèrent de ceux du grand sympathique, et ceux-ci des ganglions des plexus nerveux. Mais l'abondance des détails ne permet même pas de synthétiser ici ces caractères différentiels. (*Journ. d'anat. et de physiolog.*, juin.)

Lymphatiques du gland. Les recherches microscopiques du docteur Belaieff lui ont montré que les plus grands ont de 1 à 2 millimètres de diamètre, avec une variation considérable des plus petits. Leurs caractères distinctifs sont des renflements circulaires, totaux ou unilatéraux, existant au milieu ou aux confluents de ces vaisseaux, et plus considérables chez l'homme que chez le lapin. Dans les troncs lymphatiques, ils sont l'indice d'une valvule; dans les capillaires, c'est une simple dilatation.

La couche unique épithéliale de ces tubes capillaires consiste en cellules ovales, polygonales, fusiformes ou dentelées, dont l'axe longitudinal correspond à celui des vaisseaux. Elles sont d'autant plus serrées et allongées, qu'elles se trouvent près d'un tronc, et larges et arrondies aux extrémités terminales.

Les tubes capillaires sont plus abondants dans le gland et le sillon balano-préputial que dans la verge et le prépuce; mais les tubes terminaux de celui-ci sont plus larges que ceux du gland.

Deux caractères distinguent les troncs lymphatiques de la verge, outre leur largeur considérable; ce sont les varicosités correspondant à leurs valvules et la composition double ou triple de leurs parois. Leur direction est tantôt rectiligne, tantôt en zigzag. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, n° 5.)

On comprend l'importance de ces données dans leur application à la syphiliologie.

Vésicules pulmonaires. De nouveaux procédés compliqués de préparation ont permis à M. Hirschmann de venir affirmer de nouveau la présence de fibres musculaires lisses dans le parenchyme pulmonaire, niées par plusieurs anatomistes. Il a vu très-nettement dans les parois des alvéoles des noyaux allongés, ovoïdes, en forme de bâtonnets, appartenant à des faisceaux de fibres musculaires lisses; faisceaux disposés par bandes dans les cloisons des alvéoles, et les noyaux formant des séries parallèles et régulières autour des bords alvéolaires.

L'auteur a constaté, en outre, la présence d'une couche d'épithélium pavimenteux dans les vésicules pulmonaires, épithélium nié aussi par plusieurs micrographes. (*Archives de Virchow.*)

Artère intra-costale anormale. Dans une présentation faite à la Société de médecine de Vienne par le professeur Patruban, le tronc commun, partant de la sous-clavière, suivait le bord supérieur de la première côte et se divisait ensuite en mammaire externe, suivant sa direction ordinaire, et en *intra-costale* d'un fort calibre. Après avoir suivi obliquement la paroi interne et antérieure du thorax, s'anastomosant avec les intercostales, elle traversait les parois thoraciques vers la sixième côte, pour se distribuer dans les muscles de la poitrine. (*Wiener med. Wochenschr.*)

Si rare et exceptionnelle qu'elle soit, cette anomalie a son importance. Dans l'empyème, la thoracocentèse, la nécrose et les fractures des côtes, et bien d'autres cas, une hémorrhagie peut survenir sans que l'on puisse s'en rendre compte autrement. De là l'utilité de la connaître.

Sulle borse sierose et propriamente delle vescicolari degli arti umani (Recherches anatomiques sur les bourses séreuses, spé-

cialement vésiculaires), par le docteur Zoja, prosecteur à l'université de Pavie. Thèse de concours contenant des descriptions très-précises du siége, de la fréquence ou de la rareté, des rapports et de la capacité de certaines bourses muqueuses sous-cutanées et sous-aponévrotiques des membres, le degré de résistance et de perméabilité de leurs parois, et mille autres détails anatomiques fondés sur la dissection de cinquante-sept cadavres. In-4° de 104 pages, avec 2 planches et une table bibliographique. Pavie, 1865.

ANENCÉPHALIE. De ce que l'anémie ou la diminution des globules rouges chez l'adulte produit l'hydropisie, détermine l'infiltration générale, M. Dareste en conclut que l'anémie serait aussi la cause de l'anencéphalie. Il en trouve la preuve dans ce fait que tous les embryons, monstres anencéphales, étaient anémiques (*Acad. des sc.*, septembre). Comment de tels monstres, manquant de parties aussi essentielles que le cerveau, pourraient-ils offrir une nutrition normale. L'anémie ici est donc plutôt l'effet que la cause.

ANESTHÉSIE. *Éther ou chloroforme?* On tend à revenir en arrière sur l'agent à employer pour la produire. Interprète de la chirurgie lyonnaise, M. Pétrequin, incité sans doute par les travaux et les expériences faites récemment à ce sujet à Paris (voy. *année* 1865), est venu soutenir devant l'Académie des sciences l'emploi absolu de l'éther pur, rectifié, marquant de 62 à 66 degrés, comme exempt de tout danger. Mais M. Velpeau a très-bien répondu que, depuis plus de quinze ans qu'il employait exclusivement le chloroforme, il n'avait pas eu à déplorer un seul malheur. Et de même de plusieurs autres chirurgiens de Paris et toute l'école de Strasbourg, M. Sédillot en tête, tandis qu'il est notoire que l'éther a produit la mort un certain nombre de fois. Or, si l'on invoque la mauvaise préparation de celui-ci pour l'expliquer, à bien plus forte raison peut-on le faire du chloroformo. C'est donc une question de pratique à élucider. Aussi bien propose-t-il de garder les deux méthodes qui, perfectionnées l'une et l'autre, peuvent avoir des indications spéciales et des applications distinctes. (*Acad. des sc.*) — Voy. Chloroforme.

Chlorocarbone. Par ses incessantes recherches, ses tenta-

tives, ses expériences sur les anesthésiques, l'illustre auteur de la découverte des propriétés anesthésiques du chloroforme, M. le professeur Simpson (d'Édimbourg), a trouvé, pour ainsi dire, un succédané à celui-ci dans un produit ayant avec lui beaucoup d'analogie de composition et d'effets : c'est le *bichlorure de carbone* ou *chlorocarbone*, découvert, en 1839, par Regnault, de l'Institut, et dont l'histoire et la composition chimiques se trouvent, comme celles de tous les composés chlorés, dans tous les ouvrages classiques, élémentaires, depuis cette époque. Inutile donc de les rappeler, ni les divers noms sous lesquels ils ont été désignés depuis, en France et à l'étranger. En voici les propriétés anesthésiques et les résultats obtenus par M. Simpson.

Ses premiers effets sont très-analogues à ceux du chloroforme, mais il est plus longtemps à produire le même degré d'anesthésie, et celle-ci aussi plus longue à se dissiper. Expérimenté sur des lapins et des souris, deux de ces animaux, dans des conditions identiques, soumis aux mêmes doses de chloroforme et de chlorocarbone, ont éprouvé une influence dépressive sur le cœur beaucoup plus grande avec celui-ci qu'avec celui-là. L'emploi en est donc beaucoup plus dangereux. Employé chez une femme en couches pendant une heure, il en résulta l'anesthésie ordinaire; mais le pouls devint, à la fin, extrêmement petit et faible. Chez une autre femme soumise au chloroforme auparavant, aucun effet différent, au contraire, ne se manifesta, quoiqu'elle fût atteinte d'une affection valvulaire. Dans une opération de fistule vésico-vaginale, une division du col utérin, la dilatation du vagin et l'application de la potasse caustique sur un large nævus, chez un enfant, le chlorocarbone agit parfaitement comme anesthésique. L'enfant resta endormi plus d'une heure après l'opération, avec le pouls rapide et faible durant tout le temps du sommeil anesthésique. Une des souris soumises à son influence respira imparfaitement pendant quelque temps sur la table, puis mourut.

Appliqué sur la peau, le chlorocarbone est beaucoup moins stimulant et irritant que le chloroforme, et pourrait avantageusement le remplacer comme anesthésique local dans les liniments sédatifs.

Injecté en vapeur dans deux cas d'hystéralgie grave, il calma la douleur immédiatement, et le soulagement fut tel, chez la première malade, qu'elle put goûter le sommeil dont elle était

privée depuis plusieurs semaines. Une seringue ordinaire, dont la grosse extrémité plonge dans une fiole ordinaire contenant une once environ de chlorocarbone, sert à cet effet. Employé de même par la voie rectale, il s'est également montré plus sédatif que le chloroforme.

Par la méthode hypodermique, à la dose de 10 à 20 gouttes, ce fluide a également calmé des douleurs des parois de la poitrine et de l'abdomen, sans être suivi des nausées qui résultent si fréquemment des préparations opiacées. Il peut donc être préférable dans son emploi externe, comme anesthésique et sédatif, à plusieurs autres compositions analogues. Sous ce rapport, les expériences du savant professeur écossais méritent d'être répétées.

C'est donc là un moyen secondaire de produire une anesthésie locale, légère, superficielle, contre les douleurs névralgiques ou autres et même pour pratiquer certaines opérations. Beaucoup moins irritant et stimulant que le chloroforme, dont il ne diffère dans sa composition que par un équivalent de chlore, il lui est surtout préférable dans les applications externes, en n'étant jamais suivi de cette chaleur vive, de cette douleur cuisante que celui-ci provoque.

Voici d'après M. Adrian, qui prépare en grand ces deux produits, les caractères distinctifs de ces anesthésiques similaires, analogues, et qui permettent au praticien de les reconnaître :

CHLOROFORME.	CHLOROCARBONE.
Odeur suave éthérée.	Odeur douce éthérée.
Saveur piquante et sucrée.	Saveur piquante et âcre.
Très-fluide.	Très-fluide.
Densité : 1,48.	1,60.
Point d'ébullition : 61° centigr.	78° centigr.
Difficilement inflammable.	Non inflammable.
Eau : peu soluble.	Insoluble.
Alcool et éther : très-soluble.	Très-soluble.
Glycérine : peu soluble.	Insoluble.
Huile et corps gras : très-soluble.	Très-soluble.

De ces essais, il résulte aussi que le chlorocarbone se prête à toutes les formes pharmaceutiques sous lesquelles le chloroforme est employé. A l'intérieur, on peut le prescrire en potion et en sirop. Telle est la formule suivante adoptée par M. le docteur Véc :

Chlorocarbone	Q. V.	
Huile d'amandes douces.	15	grammes.
Gomme arabique	10	—
Eau distillée simple ou aromatique	100	—
Sirop simple	25	—

A l'extérieur, il est appliqué en compresses ou en vapeur, et mélangé à l'huile d'amandes douces, au baume tranquille, etc., pour former des liniments très-sédatifs. On en obtient une pommade très-homogène dans les proportions suivantes :

Axonge	20	grammes.
Cire blanche	4	—
Chlorocarbone	6, 8, 12	grammes.

En lavement, la suspension s'en fait parfaitement par l'intermède de l'huile d'amandes douces et d'un jaune d'œuf.

A l'aide de ces diverses préparations, on pourra remplir à peu près toutes les indications qui se présentent d'expérimenter ce nouvel agent. C'est une addition utile à la méthode sédative, un nouveau filon à exploiter, sans aucun des inconvénients des préparations opiacées, et qui présente certains avantages sur le chloroforme. (*Union méd.*, n°s 7 et 38.)

Protoxyde d'azote. Expérimenté le premier comme anesthésique par H. Wells, dentiste américain, c'est-à-dire un an ou deux avant la découverte de l'éthérisation, ce gaz fut ensuite négligé, oublié. Ce n'est que devant les catastrophes produites par le chloroforme que les chirurgiens américains pensèrent de nouveau à l'utiliser. Aujourd'hui il est très-employé même pour de graves opérations. Un malheur récent révélé à Philadelphie par une enquête judiciaire doit surtout en faire ressortir l'utilité.

Mistriss Lister, accompagnée d'une amie, se présente à M. Hack, dentiste, pour se faire extraire une dent à condition d'être anesthésiée. Celui-ci propose le gaz hilariant ; mais la dame refuse, en disant qu'elle avait l'habitude du chloroforme. Elle l'avait tellement, qu'après une ou deux inspirations, elle expira.

Par ses *Nouvelles recherches sur les propriétés physiologiques et anesthésiques du protoxyde d'azote*, mémoire de 30 pages in-8° présenté à l'Académie de médecine (Paris, 1866), M. Préterre, en faisant l'histoire de ce gaz, en décrit la préparation, qui se fait très-facilement. Son transport a lieu dans des sacs

en caoutchouc, qu'il tient à la disposition de tous les praticiens qui veulent l'expérimenter. Après l'avoir employé souvent pour l'avulsion des dents, il en décrit ainsi le mode d'action :

Après une à deux minutes d'aspiration environ, l'anesthésie est produite. Elle dure en général de 30 à 50 secondes, temps parfaitement suffisant pour pratiquer une petite opération (ongle incarné, dents, abcès, etc.). En prolongeant les inspirations du gaz, nous avons obtenu une fois trois minutes d'anesthésie, mais sans essayer d'aller plus loin. Ce qui caractérise l'anesthésie déterminée par le protoxyde d'azote, c'est la rapidité avec laquelle elle se produit et le peu de temps qu'elle dure. Nous avons tout récemment endormi un jeune homme, nous lui avons extrait trois molaires, et il s'est réveillé ; le tout a duré cent trente secondes.

La dose de gaz habituellement nécessaire pour produire l'anesthésie, s'élève de 25 à 30 litres.

Anesthésie préparatoire. C'est à soumettre une première fois le malade aux inhalations de chloroforme la veille ou l'avant-veille de l'opération que M. Carret (de Chambéry) donne ce nom. Il croit avoir prévenu bien des accidents par cette méthode, et prévoit que l'on verrait bientôt diminuer et peut-être disparaître les cas de mort, si tous les chirurgiens l'adoptaient. (*Acad. de Savoie*, avril.)

Anesthésie graduelle. Ayant remarqué que dans les cas de chloroformisation fatale, la mort est presque toujours survenue durant la première période de l'anesthésie, M. Ellis propose de graduer la force, la puissance de l'agent anesthésique. Il a imaginé, à cet effet, un appareil duquel on peut à volonté faire exhaler, soit isolément, soit mêlées dans des proportions définies, des vapeurs d'alcool, d'éther ou de chloroforme.

Il débute par l'inhalation de vapeurs mélangées à parties égales d'alcool et d'éther. Et ce n'est que quand l'effet anesthésique se manifeste qu'il le complète, suivant le cas, en faisant aspirer la vapeur de chloroforme. (*Lancet*, février.)

Que d'objections, au point de vue pratique, semble comporter cette méthode purement théorique! Si l'éther rectifié, pur, peut seul être employé sans danger, pourquoi y mêler l'alcool ?

Anesthésie locale. Pendant que l'on s'évertuait en France à discuter sur la prédominance à accorder à l'éther ou au chloroforme, l'esprit positif des Anglo-Américains s'appliquait à en varier, en perfectionner l'application. Nouveaux agents, nouveaux instruments se succèdent sans interruption parmi eux, en raison, sans doute, des malheurs journaliers, des catastrophes déplorables qui se répètent en si grand nombre de l'autre côté de la Manche par l'emploi de ces moyens.

Le docteur Richardson a préconisé ainsi un moyen puissant d'anesthésie locale, rapide et profonde. Après les insuccès du narcotisme voltaïque, les difficultés de l'obtenir et les dangers qu'il comporte en imprimant de profondes modifications moléculaires aux tissus soumis à son influence, il conclut que tout progrès réel pour l'anesthésie locale devait consister dans la production d'un froid intense. Outre les bons effets du mélange réfrigérant de sel et de glace démontrant cette proposition, les expériences de MM. Lecomte et Follin, faites dès 1854 avec l'éther sulfurique, à propos de l'anesthésie locale, obtenue dans les hôpitaux de Paris, à l'aide de ce moyen avec le néphogène de M. Guérard, ne laissaient pas le moindre doute à cet égard.

Restait à trouver une méthode sûre, facile et prompte de produire cette réfrigération. Après de nombreuses expériences qu'avec un peu plus d'érudition, M. Richardson eût pu se dispenser de répéter, il s'arrêta à l'emploi de l'éther sulfurique vaporisé. L'usage de cet agent, projeté sur la peau pour l'anesthésie, n'est en effet pas nouveau.

En 1854, M. Guérard a publié dans l'*Union médicale* les résultats obtenus à l'aide d'un appareil construit sur ses indications par M. Mathieu. C'était une seringue remplie d'éther et s'en échappant goutte à goutte ; la douille d'un soufflet ordinaire, pour sa vaporisation, y était adaptée. M. Richet obtint des résultats satisfaisants à l'aide de cet appareil. Sans doute, l'instrument de M. Richardson réalise un grand progrès, puisque au lieu de projeter simplement l'éther, il le pulvérise, ce qui augmente singulièrement la rapidité de l'évaporation, et par conséquent du refroidissement; mais il est à remarquer que l'idée première est toute française. Le premier appareil a été construit en France, et depuis cette époque les chirurgiens français n'ont cessé de pratiquer des opérations, spécialement celle de l'ongle incarné, en frappant les parties d'anesthésie avec l'éther.

M. Demarquay aussi le faisait tomber goutte à goutte sur la partie à rendre insensible, en en activant la vaporisation à l'aide d'un soufflet. A l'aide du *vaporisateur hygiénique*, mis en œuvre par la force des poumons, M. Desormeaux a également mis l'éther à contribution pour débrider le phimosis et pratiquer d'autres petites opérations (*Soc. de chirurgie*, mars). Mais les résultats étaient bien peu satisfaisants, paraît-il, puisque la méthode était complétement abandonnée lorsque le docteur Richardson l'a ressuscitée si heureusement, avec à propos et succès.

Son appareil se compose d'un flacon plein d'éther et muni de deux tubes. Le premier, en caoutchouc, se rend dans un système de boules de même substance; l'une, placée à son extrémité, sert à chasser l'air par des pressions alternatives; l'autre, intermédiaire, est un réservoir destiné à régler sa tension. Le second tube est en métal; d'un côté, il plonge dans le liquide; de l'autre, il communique à l'extérieur par une pointe très-effilée où se fait la pulvérisation. Le mécanisme est extrêmement simple : à chaque pression de la main sur la boule, l'air passe à la partie supérieure du liquide, le comprime et le force à s'engager dans le pulvérisateur.

M. Sales-Girons substitue à la boule une pompe foulante, qui permet de projeter un volume d'air considérable et de maintenir ainsi dans le réservoir une tension plus uniforme. M. Galante, sur les indications de M. Demarquay, a construit un nouveau modèle beaucoup plus puissant et d'un effet plus rapide : il vaporise environ 30 grammes d'éther à la minute. Le temps nécessaire à l'anesthésie varie de deux à quatre minutes. La distance du pulvérisateur à la peau doit être au moins de 10 centimètres.

Sollicité par l'apparition du *Spray's producer* de Richardson à perfectionner son *néphogène*, M. Guérard a simplement réuni à un tube partant d'un flacon plein d'éther, un autre tube élastique, ayant deux boules comme celui de l'inventeur anglais, pour la production du courant d'air. Il s'agit simplement de renverser le flacon, d'ouvrir le robinet et de presser alternativement ces boules pour que l'air venant se mêler au jet d'éther à sa sortie, il le vaporise et le refroidisse instantanément en produisant l'anesthésie. Cet appareil est donc de la plus grande simplicité. (*Acad. de méd.*, mai.)

Dirigé sur la peau, le jet d'éther ainsi produit en amène l'in-

sensibilité dans une minute. Mais l'effet ne s'arrête pas là. Aussitôt que la peau est divisée, l'éther continue à produire son action anesthésique sur les filaments nerveux, de manière qu'elle peut s'exercer ainsi profondément sans que l'effet topique soit nullement dangereux quand l'éther est pur et bien rectifié.

Ce procédé a servi ainsi, en Angleterre, non-seulement à l'extraction des dents, mais à l'ouverture d'abcès profonds, par M. Adams, au *Great Northern hospital;* à l'application de six sutures sur une dilacération accidentelle des téguments. M. Gowlland a opéré une fistule anale sur l'un de ses confrères, sans aucune douleur. L'anesthésie fut complète en quinze secondes dans un cas de phimosis opéré par M. Erichsen ; en une minute, sur une tumeur du pied grosse comme une noisette, enlevée par M. Adams; en quelques secondes, dans un abcès du sein, par M. H. Thompson. Le succès n'a été que partiel dans l'amputation d'un sein cancéreux par M. J. Lane. Sur quarante opérations de petite chirurgie, telles que ligatures, ouvertures d'abcès et furoncles, extraction de dents, etc., il a réussi trente-cinq fois, l'impureté de l'éther ayant déterminé l'insuccès dans les cinq autres. M. Spencer Wells l'a appliqué jusqu'à l'ovariotomie. Le kyste était si volumineux, dans ce cas, que le cœur et le foie en étaient refoulés en haut, de même que l'utérus, la vessie et le rectum tombaient entre les cuisses. Pensant que, dans ces conditions, l'administration du chloroforme pourrait être dangereuse, le célèbre ovariotomiste provoqua l'insensibilité des téguments au moyen d'un jet d'éther, et l'incision ne fut nullement perçue. Le kyste fut de même ponctionné et vidé de soixante-quatre livres de liquide qu'il contenait, sans douleur, et si ce n'eussent été quelques adhérences étendues à détruire, l'opération eût pu se terminer ainsi. Le chloroforme ne fut employé qu'à cause de cette circonstance, et cette expérimentation devient ainsi un nouveau témoignage éclatant des services que peut rendre ce nouveau procédé d'anesthésie locale.

A une première ovariotomie en a succédé une seconde, exécutée à Manchester, par M. Braddon, avec le même succès ; puis trois opérations césariennes, la kélotomie, etc. Chaque jour étend ainsi le domaine chirurgical de cette nouvelle méthode. On l'a appliquée au traitement des névralgies, dont la douleur a cessé *instantly*. Il n'est pas jusqu'à la chirurgie vétérinaire qui ne s'en soit emparée.

Dans les hôpitaux de Paris, le résultat a différé selon l'instrument et l'éther employés. Tandis qu'avec l'irrigateur de Lüer, M. Le Fort obtint une anesthésie parfaite, elle fut incomplète dans deux cas entre les mains de M. Marjolin, quoique la manœuvre de l'instrument fût confiée au fabricant même et que le dégagement des vapeurs d'éther fût très-abondant (*Soc. de chirurg.*, mars). M. Demarquay, à la Maison municipale de santé, a répété avec succès, à l'aide de son instrument, la plupart des petites opérations faites en Angleterre : fissures et fistules à l'anus, abcès, phlegmons et anthrax, et même l'amputation de la mamelle ; mais sans aller plus loin, reconnaissant, avec plusieurs autres chirurgiens, son impuissance à faire taire la douleur dans les grands délabrements. (*Union méd.*, nos 71 et 73.)

Appliquée à l'avulsion des dents par M. le docteur Magitot, elle n'a produit qu'une insensibilité inconstante, imparfaite, en raison du siége et de l'état de la dent. V. DENTS.

La sensation éprouvée par les divers opérés est ressentie différemment : pour les uns, elle est plutôt agréable qu'autrement ; pour les autres, elle est légèrement désagréable ; d'autres la décrivent comme brûlante et aiguë. Suivant M. Richardson, ces différences dépendent de la partie sur laquelle on opère et de la rapidité de l'anesthésie. Les membranes muqueuses, les mains et la face sont plus sensibles que d'autres parties. Il est moins douloureux aussi de produire l'anesthésie rapidement. On peut, à cet effet, comprimer avec avantage les artères de la partie à opérer, et nul doute que, par une observation ultérieure, on ne parvienne à rendre ce procédé d'anesthésie locale tout à fait exempt de douleur.

La plupart de ces remarques cliniques ont été confirmées dans les trente-deux opérations relatées par M. Demarquay. La peau du scrotum s'est montrée fort sensible, comme celle de la face et les muqueuses. Sur les parties enflammées, l'action en est plutôt agréable. La cautérisation au fer rouge en contre-indique l'emploi.

Suivant le professeur Hebra, la douleur de la cautérisation du lupus avec le nitrate d'argent est notablement diminuée par l'anesthésie localisée; tandis que celle de la galvano-caustique en est exagérée. La région sus-hyoïdienne est la plus sensible à cette cautérisation, ce qui s'accorde avec ce fait inexpliqué jusqu'ici, que la branche correspondante de la cinquième paire est

la plus réfractaire à l'anesthésie localisée. (*Acad. de méd. de Vienne.*)

La réaction consécutive n'est nullement douloureuse, et l'hémorrhagie est toujours arrêtée tant que l'anesthésie existe, mais elle peut survenir consécutivement. M. Marjolin l'a observée dans un cas et M. Demarquay dans quatre. La cicatrisation a été aussi parfois lente dans les opérations de fistules anales opérées par cet habile chirurgien.

Le choix de l'éther à employer est surtout important à cause de sa pureté. Vendu sous trois formes différentes, l'éther ordinaire, marquant 56° Bé, contient 29 pour 100 d'alcool à 90°; l'éther rectifié à 65° Bé, ou éther pur du commerce, en renferme 2 à 3 pour 100; enfin, l'éther chimiquement pur de MM. Regnauld et Adrian, marquant 66° Bé, n'en contient pas du tout. Il se volatilise à 35°,5, tandis que les précédents exigent une température beaucoup plus élevée. Il faudrait donc avoir de l'éther pur dont la densité spécifique n'excède pas 0,723. Dans leur mémoire sur la purification de l'éther, MM. Regnauld et Adrian ont même abaissé ce degré à 0,720 + 15°, lequel, dans cet état de pureté, bout à 36°,5. Il doit bouillir dans la paume de la main; mis sur la langue, il doit s'évaporer rapidement sans laisser d'autre sensation qu'un léger refroidissement. Sur le papier à filtre, il doit s'évaporer sans laisser d'humidité ni d'odeur. Dirigé en jet sur la boule du thermomètre, il fait descendre le mercure à 6 degrés au-dessous de zéro Fahr., et y produit une couche de neige par la condensation de l'air atmosphérique. Sur le dos de la main, il doit aussi produire un léger dépôt de gelée blanche suivi d'une pâleur diffuse de la peau et d'une insensibilité complète. Sa réaction doit être parfaitement neutre. (*Med. Times*, février.)

Telles sont les épreuves à faire subir à l'éther anesthésique avant de l'employer. S'il n'y répond pas, c'est qu'il est impur et contient de l'alcool ou d'autres corps étrangers. L'alcool est surtout nuisible. Il empêche l'anesthésie et produit de l'irritation, surtout dans les opérations de la bouche. Il est donc important de se le procurer chimiquement pur, comme le prépare M. Adrian. Dans cet état, versé sur la peau, l'éther y produit d'abord une sensation de fraîcheur, puis de froid intense, qui peut aller jusqu'à simuler la brûlure. Si son action se prolonge, l'anesthésie survient. En même temps, la peau pâlit, se durcit, et le tissu cellulaire participe à ce phénomène, sans prendre

cependant cette fermeté que lui donne la glace. Une réaction légère arrive ordinairement.

Bien des malheurs pourront être prévenus à l'avenir par ce procédé d'anesthésie locale. En permettant d'exécuter sans douleur toutes les petites opérations légères, superficielles, rapides, pour lesquelles les malades pusillanimes réclamaient l'anesthésie générale, et pour lesquels on l'employait fréquemment, surtout en Angleterre, il évite les chances de mort d'un nombre considérable d'opérés.

Rien d'aussi facile et de plus prompt à obtenir que l'insensibilité voulue de la partie intéressée, dit la *Revue médicale*, février. Un aide prend un des pulvérisateurs récemment construits à cet effet, et le charge d'éther rectifié qu'il souffle sur le point à inciser, dont on rapproche immédiatement un thermomètre. Quand celui-ci marque 15 degrés au-dessous de zéro, ce qui arrive au bout d'une minute, on peut inciser à la profondeur d'un centimètre sans douleur.

M. Demarquay prend la précaution de voiler les yeux au patient, et quand il ne s'agit que de trois ou quatre coups de bistouri pour l'opération, il les pratique sans en avertir le malade. Ce sont là des modifications pratiques qui, en éprouvant mieux la valeur réelle de cette méthode, doivent en assurer le succès et tourner à l'avantage de beaucoup d'opérés.

Il a pratiqué ainsi une large ouverture sur le dos de la main d'un vieil officier, auquel il a demandé, l'opération faite, s'il consentait vraiment à la subir; sur la réponse affirmative du patient résolu, l'habile chirurgien lui a enlevé le voile et montré que tout était fini.

Plusieurs autres opérations ont été pratiquées avec le même résultat. D'ailleurs, quand l'insensibilité n'est pas complète, il n'y a qu'à continuer sur le point l'injection de l'éther pulvérisé. On peut ainsi produire ou continuer l'anesthésie en longueur de surface ou en profondeur dans les tissus déjà incisés, ce qui fait comprendre que M. Demarquay ait fait, quelques jours auparavant, l'ablation presque totale d'un sein.

Ce chirurgien est disposé à accepter tout ce qui peut le dispenser de ce sommeil au chloroforme, dans lequel il n'était jamais sûr d'opérer sur un vivant plutôt que sur un cadavre.

Éther hémostatique. Éclairé par ses expérimentations répétées, le docteur Richardson a été conduit à composer un liquide

hémostatique pour prévenir les hémorrhagies consécutives. Si le froid intense produit par le jet d'éther prévient toute hémorrhagie capillaire veineuse et même artérielle immédiate, il a observé qu'après un certain temps, la réaction s'opérant, les parois des vaisseaux divisés se relâchent sous l'influence de la chaleur et donnent du sang. Les persels de fer, notamment le perchlorure dissous dans l'éther, amenaient bien la coagulation immédiate du sang, mais l'appareil en était aussitôt altéré. Il l'a remplacé par le tannin, dont il a saturé l'éther, et en y ajoutant la xyloïdine, il a obtenu un liquide qui, projeté sur le sang de bœuf privé de fibrine et exposé depuis deux jours à l'air, l'a coagulé immédiatement. En le projetant sur une plaie saignante, le sang s'est arrêté de même sans couler ultérieurement. Sans tenir lieu de la ligature pour les gros troncs, ce perfectionnement permet au moins d'agir avec plus de promptitude et de sécurité dans certains cas.

Rhigolène. Dès que l'on apprit en Amérique les succès du docteur Richardson, obtenant par la vaporisation de l'éther réduit à une température de 6 degrés F. au-dessous de zéro, une anesthésie locale assez intense pour permettre de pratiquer sans douleur les plus graves opérations chirurgicales, le professeur Bigelow, de Boston, s'occupa activement de chercher un agent supérieur à cet effet. Il croit l'avoir trouvé dans un des nombreux produits multiples de la distillation du pétrole, déjà employés dans ce but. Telles sont la bensolène, la kérosène, la kérosolène, la gazolène, dont le degré de volatilité fait toute la différence. Par une communication du 9 avril à la *Medical Society*, il en a fait connaître un nouveau : la rhigolène, ainsi nommée de l'étymologie ῥίγος, extrême froid avec la terminaison euphonique de ses congénères. Celui-ci bout à 70 degrés F., c'est-à-dire qu'il est le plus volatil de ces produits hydrocarbonés obtenus jusqu'ici. Le mercure en est abaissé, déprimé, à 19° F. au-dessous de zéro, complétement privé d'oxygène, il est aussi le plus léger des liquides connus. Sa gravité spécifique n'est que de 0,625, tandis que celle de la kérosolène, employée récemment à cet effet par le professeur Simpson, est de 0,633 et ne bout qu'à 90° F. Son extrême volatilité donne lieu à un refroidissement subit et des plus intenses, capable de congeler la peau en cinq à dix secondes. Si ce n'était la glace qui entoure aussitôt la boule du thermo-

mètre, une plus basse température pourrait sans doute être produite avec le pulvérisateur ordinaire, sans que les tubes concentriques de l'appareil du docteur Richardson soient nécessaires à cet effet.

M. Bigelow emploie simplement un flacon à travers le bouchon duquel passe un tube en métal auquel est adapté, à angle droit et à quelque distance du col, le tube à air, sans que l'air soit admis dans la bouteille comme dans le *Spray's producer* de M. Richardson. La rhigolène s'évapore par la seule chaleur de la main tenant le flacon : elle suffit à le vider promptement, et l'on obtient facilement ainsi jusqu'à 15° F. au-dessous de zéro. Telle est sa volatilité, que les flacons doivent être soigneusement bouchés pour en prévenir l'évaporation et lui conserver toutes ses propriétés. Il en conclut que l'usage en est aussi bien supérieur à l'éther, qui ne bout qu'à 96° F., par sa plus grande rapidité d'action, son bas prix et son défaut d'odeur (*Boston med. and surg. Journ.*, avril). Mais jusqu'ici aucune expérience n'est relatée à l'appui, et l'extrême inflammabilité de ce liquide sera toujours un obstacle à son emploi, à sa vulgarisation. En tout cas, des essais comparatifs sont indispensables pour en montrer la supériorité Nous les attendrons pour le juger définitivement.

Sulfure de carbone. Étudié expérimentalement par Simpson, comme agent d'anesthésie générale, il fut promptement abandonné à cause de son énergie et la persistance de certains de ses effets. C'est ce même corps, préalablement rectifié pour en atténuer la mauvaise odeur, que M. Delcominète, professeur suppléant à l'École de médecine de Nancy, a eu la pensée d'utiliser pour provoquer l'anesthésie locale, et sept tentatives ont été suivies d'un succès complet.

Il le laisse tomber goutte à goutte sur la partie que l'on veut rendre insensible en activant l'opération à l'aide d'un soufflet ordinaire. L'insensibilité est très-prompte, complète et suffisamment durable. (*Soc. de chir.*, avril.)

A l'anesthésie de la cornée constatée à l'hôpital Lariboisière dans l'intoxication par cet agent dangereux (voy. *année* 1864), M. Simonin, de Nancy, dont les études sur l'anesthésie sont bien connues, l'a employé au lieu de la glace pour l'arrachement de l'ongle incarné. Conduit sans doute par l'emploi de cet agent comme calmant contre les névralgies, il en a fait

usage pour la première fois, le 15 décembre 1865, chez une fille de seize ans. Après avoir recouvert de cérat les bourgeons charnus pour les soustraire à l'action de ce liquide, il en versa 6 à 7 grammes goutte à goutte sur l'orteil, au niveau de la matrice de l'ongle, en en activant la vaporisation avec le soufflet.

Une sensation de froid intense fut ressentie par la patiente. Après une demi-minute, la piqûre d'une épingle était perçue sans douleur au lieu seul où le liquide touchait, tandis que les parties voisines étaient sensibles. Après une minute vingt-cinq secondes, l'anesthésie était complète et la malade n'éprouva aucune douleur par l'arrachement suivant le procédé Néret. (*Gaz. méd.*, n° 11.)

Projeté sur la peau avec un petit siphon, *the atmospheric odorator* des Anglais, plongé dans le flacon contenant le sulfure de carbone, le froid produit en soufflant par l'autre extrémité de ce pulvérisateur est tellement intense que les poils se chargent de givre.

L'ongle incarné, les incisions du panaris, de l'anthrax, des abcès, dit M. Schacken, pratiquées à la clinique de l'hôpital Saint-Charles et en ville, ont été faites sans aucune douleur. (*Abeille méd.*, n° 14.)

M. Perrin y a eu recours dans des conditions favorables pour juger de son efficacité. Il s'agissait de pratiquer une petite autoplastie de l'oreille chez un enfant de sept ans. En moins d'une minute l'insensibilité fut obtenue, et l'avivement des deux lèvres de la solution de continuité, temps de l'opération qui dura bien une minute, fut pratiqué sans provoquer la moindre douleur. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est que, contrairement à ce que l'on obtient avec les mélanges réfrigérants, les tissus privés de sensibilité étaient plutôt congestionnés qu'anémiés. Aussi, l'écoulement du sang fut-il au moins aussi abondant qu'à l'état normal. On conçoit que la pulvérisation soit applicable au sulfure de carbone comme à l'éther, c'est donc là un autre anesthésique réfrigérant à ajouter aux précédents; son odeur seule empêchera d'en généraliser l'emploi.

Mieux qu'à un homme, c'est à la grande découverte sanitaire de l'abolition de la douleur en chirurgie que la ville de Boston rend hommage en élevant un monument commémoratif à l'anesthésie, ce qui témoigne le mieux de la gloire et du patriotisme

du peuple américain. Par une libéralité qui ne se rencontre guère dans les États trop gouvernés où l'initiative individuelle est annihilée par les actes des gouvernements, un riche citoyen de Boston a mis à la disposition de MM. Vare et Van Brunt, architectes, une forte somme à cet effet. Expression de reconnaissance pour le soulagement accordé aux souffrances de l'humanité par cette grande découverte, ce monument doit exprimer ce sentiment sous une forme poétique. C'est la seule condition mise à ce don. Le plan représente un socle carré placé au milieu d'un vaste bassin do 23 pieds. Sur les quatre faces sont des niches avec des têtes et des feuillages sculptés d'où jaillit l'eau qui alimente le bassin. Cette base diminue graduellement et se termine en dé, qui en forme le point central et lo plus remarquable. Des inscriptions surmontées de hauts-reliefs en marbre se trouvent sur chaque face, protégées par des arches pointues et suspendues, supportées par des colonnes rabougries de granit rouge de Glocester. Au-dessus de ces arches, le monument va en diminuant par une série de moulures et de surfaces prismatiques jusqu'à un sommet commun d'où s'élève une colonne de granit rouge poli de 6 pieds de haut, supportant un groupe de deux figures, emblème de la souffrance. Pour la rendre plus sensible, l'histoire du bon Samaritain a été choisie comme la plus connue et la plus expressive. La hauteur de ce monument sera d'environ 31 pieds anglais. Sauf les exceptions citées plus haut, il sera en granit blanc de *Concord*, exécuté avec le plus grand soin par M. Ward, sculpteur de New-York, et placé dans le Jardin public de Boston, en face de la rue Marlborough.

Rien de plus juste que ce monument consacrant l'origine de l'anesthésie, la première application qui en a été faite et le principe de toutes les modifications successives survenues depuis. Par un privilége spécial, la plupart de ces innovations reviennent de droit, pour l'initiative de l'application du moins, à la race anglo-saxonne. Ethérisation, Boston; chloroformisation, Édimbourg, et voici que, par le perfectionnement du docteur Richardson apporté à l'application de l'anesthésie locale, Londres va aussi avoir sa part du gâteau.

On the safe abolition of pains in labour and surgical operations by anesthesia with mixed vapours (De l'abolition certaine de la douleur dans les accouchements et les opérations chirurgicales par les vapeurs mélangées), par Rob. Ellis, 80 p. in-8°, Londres.

ANÉVRYSME. Étiologie. L'embolisme ou la thrombose d'une artère n'en peuvent-ils être la cause? Cette idée est suggérée au docteur Ogle par l'expérience suivante, remontant à 1855 : Il injecta un volumineux caillot fibrineux extrait de l'intérieur d'un anévrysme dans l'aorte ascendante d'un âne qui fut sacrifié vingt et un jours après. L'ouverture artérielle était cicatrisée et tous les organes étaient parfaitement sains, si ce n'est une branche do l'artère mésentérique qui était le siége d'un anévrysme dans lequel se trouvaient un ou deux strongles.

La constatation anatomique de la dilatation artérielle conjointement avec l'anévrysme, fortifie surtout cette opinion. Ainsi M. Shaw signale dans les *Transactions* de la Société pathologique de Londres, VIe vol., p. 34, un cas où l'artère cérébrale moyenne droite était obstruée par une substance ferme, blanche, augmentant le calibre du vaisseau d'environ un tiers de l'état normal A la page 93 du vol. IX, M. Callender décrit et figure également des caillots trouvés dans l'artère pulmonaire avec la dilatation du vaisseau au-dessous des deux points où se trouvaient les caillots.

Si ce n'est là qu'une conjecture, elle réunit assez de probabilités pour attirer l'attention des pathologistes et provoquer des observations pour la confirmer ou la contredire.

Des tumeurs anévrysmales des artères du cerveau, par le docteur Gouguenheim, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 125 pages.

Symptomatologie. Une disposition rare et très-exceptionnelle a été rencontrée à l'examen, par M. Velpeau, dans un cas d'anévrysme faux consécutif très-volumineux du pli du coude, manquant des deux principaux signes, les battements et le bruit de souffle. Ni l'œil ni la main n'y pouvaient apercevoir ni sentir de battements appréciables, et l'oreille n'y percevait do bruit faible quo sur un point tres-restreint, sur le côté radial du pli du bras. Cette absence de signes dénotant un travail spontané de coagulation, on pouvait espérer la solidification et l'oblitération définitive de la poche anévrysmale sans opération. Des vessies de glace, appliquées topiquement pendant douze jours, n'amenèrent aucune amélioration. Des injections coagulantes furent dès lors pratiquées lorsque le sac s'enflamma et menaçait de se rompre. M. Velpeau recourut dès lors à la liga-

ture des deux bouts de l'artère radiale lésée, et c'est alors qu'après avoir ouvert et vidé l'intérieur du sac, il remarqua que la blessure artérielle était distante de la poche anévrysmale, dont elle était séparée par toute la largeur de la masse musculaire de la partie supérieure et externe de l'avant-bras. En s'échappant de la blessure, le sang avait donc fusé sous les masses musculaires et était venu former à une certaine distance une poche anévrysmale comprimant l'artère radiale. On se rend ainsi compte du double phénomène observé de l'absence des battements et de la faiblesse du bruit de cette tumeur anévrysmale. Fait presque unique au point de vue anatomique, si ce n'est celui de Monro signalé par M. Broca. (*Société de chirurgie*, novembre 1865.)

Traitement. Un succès du traitement des anévrysmes thoraciques par le repos absolu dans la position horizontale, augmentée de l'abstinence, dont M. Tuffnell, de Dublin, s'est fait l'initiateur, comme diminuant d'un tiers environ le nombre des pulsations et facilitant la solidification de la tumeur anévrysmale — réminiscence, sous une autre forme, de la méthode de Valsalva — a été obtenu par M. le docteur Waters, de Liverpool, qui s'en est fait l'imitateur, chez un homme de quarante ans, entré à l'hôpital du Nord, portant une tumeur pulsative sous la clavicule droite, derrière le rebord inférieur de la seconde côte, qu'elle soulève avec un mouvement d'expansion marqué un peu en dehors de l'espace intercartilagineux. Réduction du volume à la pression, matité, murmure très-fort, synchrone à la systole cardiaque. L'iodure de potassium et l'acétate de plomb à l'intérieur, la glace localement n'ayant amené aucune amélioration après un séjour de quatre mois à l'hôpital, le patient fut soumis continuellement, jour et nuit, à la position horizontale, sans bouger, du 18 avril à la fin de juin, avec le régime suivant : 7 onces de pain, 3 de viande et 8 de liquide par jour, avec quelques morceaux de glace pour étancher la soif et une pipe de tabac. Néanmoins, il n'est pas question de l'apparition d'aphthes comme signes de l'autophagisme sous l'influence de cette abstinence prolongée, mais le pouls qui était, debout, de 80 à 90 au début du traitement, s'abaissa aussitôt à 60 ou 70, couché.

A la fin de mai, l'expansion et les battements de la tumeur étaient très-diminués, la solidification manifeste et même com-

plète au milieu de juin. Cet état se maintint jusqu'au 12 août, que le malade resta à l'hôpital, en marchant et avec la nourriture ordinaire de l'établissement. A sa sortie, on constate la diminution en saillie et en volume de la tumeur, décelée par une moindre étendue de la matité ; les battements sont plus profonds et donnent la sensation d'un corps dur qui les intercepte, de même qu'au toucher, au lieu de la sensation molle, fluctuante, du début, la tumeur est dure comme une masse solide. Cet état satisfaisant a persisté et a été constaté ensuite, le malade ayant repris ses occupations actives sans aucune souffrance. (*British med. Journ.*, décembre.)

Galvano-puncture. Restreinte dans ses applications par la compression digitale, elle n'est plus guère applicable qu'aux cas les plus graves, aux anévrysmes profonds. C'est ainsi que le professeur Duncan, dont la science déplore la perte récente, l'a appliquée contre un anévrysme thoracique chez un homme de quarante-cinq ans qui, souffrant depuis 1863 de douleurs de l'épaule et de la poitrine, avait tout à coup, en décembre, senti une grosseur pulsative au devant du thorax. C'était l'anévrysme qui avait perforé le sternum au milieu. Il était de la grosseur d'une noisette. Mais il prit un développement rapide, et les remèdes internes ayant été inefficaces, le galvanisme fut appliqué en présence du professeur Simpson par le docteur Wright, le 3 décembre 1865. Le malade assis sur un sofa, les aiguilles furent introduites à la base et des deux côtés opposés de la tumeur. Le courant fut établi et continué trois quarts d'heure durant, avec quatre éléments isolés de Bunsen, sans produire de douleur ; les battements étaient moins intenses. En alternant les courants, l'application fut encore prolongée une heure vingt-cinq minutes ; en tout deux heures dix minutes. Le pouls étant devenu faible et le malade fatigué, il fut porté au lit.

La nuit se passa sans accidents. Le lendemain, le pouls était à 80. Les aiguilles furent introduites de nouveau, avec huit éléments, et les pulsations faiblirent, la résonnance tympanique s'étendit. Aucune autre application ne fut faite, et le malade n'accusait aucun dérangement, lorsque le 11 décembre il mourut subitement.

L'autopsie révéla une déchirure des fibres supérieures du sac ayant déterminé un épanchement sanguin, bien que le

centre fût rempli par un caillot fibrineux, dur et comme stratifié. Les poumons et le cœur étaient sains, mais le corps de la troisième vertèbre dorsale était carié et le siége d'un pus fétide, et des séquestres siégeaient entre elles, l'œsophage et l'aorte. Celle-ci même était dilatée à ce niveau et adhérait au sternum (*Edinb. med. Journ.*, avril). On s'étonne que la vie soit compatible avec des lésions organiques aussi graves et étendues, et résiste à l'application d'un moyen aussi héroïque que le galvanisme.

Rien n'en prouve mieux d'ailleurs l'innocuité et l'indication que les chiffres suivants, extraits du *Manuale* du docteur Schivardi, sur les applications de ce moyen :

Siége de l'anévrysme.	Cas.	Guérisons.	Non guéris.	Morts.
Aorte thoracique.	4	»	4	»
Carotide primitive.	4	»	1	3
Sous-clavière.	3	1	1	1
Linguale.	1	1	»	»
Temporale.	1	1	»	»
Ophthalmique.	1	»	1	»
Brachiale au cubitus.	15	10	5	»
Cubitale au tiers inférieur. . . .	2	1	1	»
Arcade palmaire supérieure. . .	1	1	»	»
Aorte abdominale.	1	»	1	»
Ischiatique.	1	»	1	»
Iliaque externe.	1	1	»	»
Fémorale au tiers inférieur. . .	3	1	1	1
Poplitée.	11	5	4	2
Siége non indiqué.	2	1	1	»
Cricoïde.	3	1	2	»
	54	24	23	7

Sans compter 4 tumeurs variqueuses pulsatives, ayant donné 3 succès et 1 insuccès, ni chercher à atténuer le nombre des morts par les complications qui en ont été le plus souvent la cause, la comparaison avec le tableau de Norris, sur les résultats de la ligature, montre que le galvanisme est moins dangereux :

Siége.	Cas.	Morts.	Proportion p. 100.
Sous-clavières.	69	33	47,8
Carotides.	149	54	36,2
Fémorales.	204	50	24,5
S iliaque externe	118	33	27,9
— interne.	7	3	42,8
— commune.	32	25	78,1
	579	198	33,1
Avec l'électricité.	54	7	12,9

Comparée avec les résultats de la compression, d'après le tableau de Hutchinson, on trouve les différences suivantes :

Siége.	Cas.	Succès.	Insuccès.
Fémorales.	5	»	5
Poplitée.	46	24	22
Tibiale antérieure.	1	1	»
— postérieure.	1	»	1
Radiale.	1	»	1
	54	25	29
Avec le galvanisme.	54	24	30

Ligature avec les fils d'argent. L'avantage de ce procédé serait, selon M. Holmes, basé à cet égard sur des expérimentations physiologiques et un certain nombre d'essais thérapeutiques, de ne déterminer ni l'ulcération, ni la section des parois artérielles, lorsque la striction est faite convenablement et au degré voulu pour arrêter la circulation Le nœud métallique peut être abandonné sans inconvénient dans la profondeur des tissus et y rester indéfiniment sans diviser les tuniques artérielles qu'il étreint. Le danger des hémorrhagies secondaires, si fréquent avec les fils ordinaires, est ainsi évité. (*Soc. de chir.*, mai.)

Compression personnelle. Un appareil très-simple, à cet effet, a été imaginé par un homme atteint d'un anévrysme poplité, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, service de M. Oré. A l'aide d'un petit tampon, d'un cachet très-étroit fixé par un jet de bande autour du bassin, il se comprimait lui-même la fémorale avec cet appareil de son invention.

M. Oré l'a modifié en remplaçant la bande de toile par une bande en caoutchouc, ayant à chaque extrémité une lanière en cuir percée de trous servant à la fixer aux crochets latéraux du compresseur. Appliqué contre une hémorrhagie consécutive de la cuisse, avec tumeur grosse comme un œuf de poule, molle, fluctuante, soulevée par des battements artériels énergiques avec bruit de souffle, l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement, et le malade put ainsi continuer lui-même la compression sans gêne, ni douleur huit jours durant. A ce moment, tout battement avait disparu, la tumeur s'affaissa graduellement et, le vingt-deuxième jour, le malade sortait de l'hôpital parfaitement guéri. (*Soc. méd. chir. de Bord.*, avril.)

Sans être construit sur un principe nouveau, ce petit appareil offre l'avantage de permettre aux malades intelligents de se comprimer eux-mêmes dans certains cas et de remplacer ainsi la compression digitale, qu'il n'est facile ni possible même de pouvoir employer partout.

Compression indirecte. Contre un anévrysme traumatique tout récent, du volume d'une petite noix, existant au niveau du premier espace interosseux gauche, dont la croûte légère menaçait de se détacher sous l'impulsion violente des battements, M. Verneuil, pour modérer l'impulsion artérielle dans le sac, plutôt que dans l'espoir d'obtenir la guérison, établit avec une compresse graduée, longue de 6 centimètres, étroite et épaisse, et maintenue solidement avec une longue bandelette de diachylon, une compression sur la partie inférieure et antérieure de l'artère radiale, au devant du poignet. L'avant-bras, reposant sur une sorte de hamac, fut placé presque verticalement avec repos rigoureux et immobilité complète. Des compresses d'eau vinaigrée très-froide furent appliquées sur la tumeur; digitale à l'intérieur.

Bientôt les mouvements d'expansion de la tumeur diminuèrent, et, en rapprochant la compression de celle-ci dans la tabatière anatomique, ils disparurent graduellement avec le durcissement de la tumeur. La guérison d'une blessure qui pouvait exiger une opération grave fut ainsi complète en huit jours. (*Gaz. hebd*)

Anévrysme de l'arcade palmaire superficielle. Un campagnard de quarante-trois ans se blesse à la paume de la main gauche avec un couteau. Du sang surgit en abondance. Un emplâtre de poix est appliqué pour l'arrêter ; mais bientôt de vives douleurs se déclarent et un abcès apparaît, suivi d'hémorrhagies répétées après son ouverture spontanée. M. le docteur Mazade constata tous les caractères d'un anévrysme. Il appliqua alors, à l'exemple de M. Nélaton, la pâte de chlorure de zinc sur la tumeur, et de plus, pour mieux en assuror le succès, il fit comprimer simultanément, pendant trois quarts d'heure environ, l'artère humérale, pour aider l'action du caustique. Une compression modérée fut ensuite exercée sur la radiale et la cubitale au-dessus du poignet.

L'appareil fut enlevé le troisième jour. Aucun mouvement pulsatile n'existait plus. Le dixième, la cicatrisation était com-

plète et la guérison aussi. (*Journ. de méd. de Toulouse*, novembre 1865.)

Moins dangereux et effrayant que la ligature, même que le cautère actuel, ce moyen mérite d'être connu et employé primitivement, sans préjudice des autres s'il échoue. La compression, employée simultanément ici pour la première fois, peut surtout en assurer le succès.

ANGINE. Angine de poitrine. Étiologie. Si obscure en est encore la cause, que l'on ne saurait trop prêter attention aux faits qui semblent devoir l'éclairer. Placée longtemps dans le système nerveux, par l'absence de lésion cadavérique, cette cause tout anatomique au contraire semble devoir être placée ailleurs.

D'accord avec Laennec, M. Lancereaux signalait, en 1864, un cas de rétrécissement des artères coronaires, avec plaques saillantes de plusieurs centimètres entre les parois aortiques, comme étant cette cause (voy. *année* 1865); et voici trois cas extraits de la presse anglaise, qui viennent à l'appui de cette opinion.

I. Un homme sur la quarantaine souffrait, depuis huit ans, de symptômes cardiaques avec accès que le docteur Ludfield caractérise ainsi : pâleur extrême, visage contracté, bras soulevés, yeux vitrés. Sentiment de constriction douloureuse accusé dans la poitrine, avec douleur et refroidissement du bras droit. Mort dans un de ces accès; cet homme présenta à l'autopsie le cœur volumineux, avec dépôt athéromateux mou sur les valvules entre les tuniques de l'aorte, surtout à l'orifice des artères coronaires. Celui de la gauche en était obstrué complétement avec rétrécissement de son calibre; il était seulement rétréci à gauche, mais encore perméable avec les dimensions du calibre normal de ce vaisseau. Les deux ventricules, contractés, montraient un léger degré de métamorphose graisseuse.

II. Un garde-forêt de quarante-deux ans, musculeux et gras, souffrait du centre épigastrique. Admis à l'hôpital Saint-Georges, il expira dans un accès d'*angina pectoris*, ainsi qualifié par le médecin qui en avait été témoin. Du sang était extravasé dans le péricarde sans autre lésion qu'un athérome mou à l'origine de l'aorte bouchant tellement l'orifice des artères coronaires, qu'il ne pouvait admettre une tête d'épingle. Le

calibre de ces vaisseaux était pourtant normal. Le cœur, volumineux, pesait 13 onces et demi, avec des traces de dégénérescence graisseuse.

III. Un soldat réformé pour maladie de cœur, étant mort subitement à trente-cinq ans, fut porté à l'hôpital. Comme dans les cas précédents, le cœur était légèrement hypertrophié et pesait 14 onces, sans contracture du ventricule droit, ni altération des valvules. A la base de l'aorte existait un athérome mou obstruant complétement l'orifice de l'artère coronaire droite, celui de la gauche en était aussi beaucoup rétréci. Les tuniques de ces vaisseaux étaient normales.

A-t-on pris ici l'effet pour la cause? Il appartient aux recherches ultérieures d'en décider.

Dans un cas remarquable, relaté par le docteur Surmay, un unique accès fut mortel après vingt-deux heures de durée chez un homme de trente ans, sans que l'autopsie ait montré la lésion précédente ni aucune autre, sinon la plénitude du système circulatoire, qu'un effet de consensus, de force centripète, déterminé par la violence d'une douleur continue pendant vingt-deux heures, peut bien avoir produit, sans qu'il soit besoin d'en chercher d'autre cause. (*Union méd.*, n° 80.)

ANILINE. Sans en provoquer les effets toxiques, les sels de cette base ont une action singulière, d'après M. Letheby. Un malade ayant pris 30 grammes de sulfate d'aniline, vit sa peau, ses ongles et ses gencives se teindre en jaune, coloration qui se dissipa après quelques jours.

ANKYLOSE. *Rupture par flexion.* Cette méthode primitive a été suivie de succès entre les mains de M. Smyly sur une dame qui, après deux ans d'une tumeur blanche suite d'arthrite rhumatismale, demanda à recouvrer les mouvements de son genou. Après avoir placé, en avant et en arrière de la cuisse, deux attelles de tôle bien rembourrée, le chirurgien, tirant le membre de la patiente chloroformée, de manière que le genou dépassât le rebord de la table où elle était couchée, appuya les mains sur le pied et sur le milieu de la jambe, exerça une pression énergique, rompit l'ankylose et amena la jambe à angle droit avec la cuisse.

De la glace fut constamment tenue sur le genou pendant deux jours, et des mouvements gradués étant imprimés à l'articulation, la guérison fut complète après six semaines. Deux ans après, l'opérée se servait de ce membre comme de l'autre; elle pouvait le fléchir et l'étendre à volonté, marcher, danser et courir sans la moindre gêne dans le genou. (*Dubl. quarterl. journ.*, janvier.)

ANTAGONISME. *De l'antagonisme en pathologie et en thérapeutique*, thèse d'agrégation par M. le docteur C. Paul, Paris, in-4°.

Cette vaste question est résumée dans les aphorismes suivants :

L'antagonisme est une loi générale de l'organisme qui régit la pathologie comme la thérapeutique.

1° L'antagonisme s'exerce de maladie à maladie. Il y a des maladies qui s'excluent ou se limitent.

Dans les maladies aiguës, les maladies spécifiques sont antagonistes les unes des autres.

Les maladies spécifiques excluent ou limitent les maladies communes.

Les maladies communes ne sont pas antagonistes entre elles.

De maladie chronique à maladie chronique, l'antagonisme est moins franc et moins prononcé qu'entre les maladies aiguës.

Les maladies chroniques ne s'excluent ou ne se limitent que quand elles sont dans toute la force de leur évolution.

2° L'antagonisme existe entre les effets des médicaments ou médications et les maladies.

Les médications sont des maladies artificielles qui remplissent vis-à-vis des maladies proprement dites le rôle de certaines maladies entre elles. Elles en sont les antagonistes, et par conséquent les remèdes.

Elles n'agissent pas sur les maladies en les détruisant immédiatement, mais en suscitant dans l'organisme des dispositions moins malsaines ou moins graves que la maladie.

3° En leur qualité de maladies artificielles, les médications sont entre elles comme les maladies ; elles se font antagonisme.

4° Les médications qu'on appelle substitutives ou homœopathiques (*similia similibus*) ne le sont qu'en apparence. Pour agir par la substitution d'un mal moins grave à un mal plus

grave, il faut qu'elles lui fassent antagonisme et lui soient véritablement contraires.

Opium et belladone. Un résumé historique complet de cette question thérapeutique, bien élucidée aujourd'hui, se trouve *in Bull. de thérap.*, juin.

ANTHRAX. *Incisions sous-cutanées.* Dans son rapport sur cette nouvelle méthode de M. A. Guérin (voy. *année* 1864), M. Gosselin lui donne son approbation comme prévenant la douleur et les érysipèles consécutifs qui se développent fréquemment. Mais il a été vivement combattu par MM. Velpeau, Michon, Cloquet, Larrey, qui voient, au contraire, dans les incisions profondes, un moyen d'éviter l'érysipèle consécutif. Pour M. J. Guérin, au contraire, ces incisions sous-cutanées préviendraient la résorption purulente en se faisant à l'abri de l'air (*Acad. de méd.*, février). S'il y a des voix pour, il y en a d'autres contre, et tellement imposantes de part et d'autre, que l'on ne peut juger de la préférence à accorder à ces deux méthodes que par un examen comparatif. Mais la difficulté opératoire qui semble exister dans celle-ci en retardera probablement encore longtemps le succès, tant que ses avantages ne seront pas rendus évidents.

Un point ressort de cette discussion : c'est la tendance de la jeune génération chirurgicale à se préoccuper davantage des conséquences et des complications des opérations, en cherchant à les prévenir soit en simplifiant celles-ci, soit en leur substituant des procédés moins offensifs.

Pâte de Vienne. C'est ainsi que M. Soulé, de Bordeaux, a adopté la cautérisation potentielle, comme bien moins dangereuse que le bistouri, au point de vue des érysipèles et de la résorption purulente. Il établit d'abord, à l'aide de la pâte de Vienne, des eschares dépassant les limites de la tumeur ; des incisions ont ensuite lieu sur la partie escharifiée ; mais, en même temps que le bistouri en détache des portions et arrive dans le voisinage des tissus non détruits, il emploie largement, en badigeonnage et en injections, la teinture d'iode, afin de neutraliser chimiquement, ne fût-ce que par l'action coagulante de l'alcool, le liquide sanieux qui, s'il était absorbé, pourrait intoxiquer l'économie ; d'empêcher cette absorption par

l'action spéciale de la teinture d'iode sur les tissus; de favoriser le travail de la restauration. Deux succès sont cités à l'appui de cette méthode. (*Congrès méd. de Bordeaux.*)

M. A. Richard a recours à une nouvelle méthode d'application de ce caustique, dont le principal avantage serait de pouvoir être employée invariablement a toutes les périodes du mal et quels qu'en soiént le siége et le volume. Ce sont des traînées, trois à six suivant le volume de la tumeur, larges de 3 millimètres, limitées par des bandelettes de diachylum et rayonnant du centre à la périphérie jusqu'aux limites extrêmes de la rougeur. Ce point est très-important.

Après douze minutes d'application, on enlève bandelettes et caustique en recouvrant chaque traînée noirâtre avec une lanière de pâte de zinc que des bandelettes imbriquées maintiennent avec une feuille d'ouate. Sept à huit heures après, ce pansement est enlevé ainsi que toutes les eschares formées, à l'aide du bistouri, des pinces et des ciseaux, de manière à former des rigoles dans lesquelles on place de nouvelles lanières de pâte de zinc assujetties dans le fond avec de l'amadou. Après avoir, comme la première fois, enlevé, reséqué les eschares après un nouvel intervalle de dix à douze heures, on fait un troisième et dernier pansement semblable, avec des fragments plus épais cette fois, pour remplir les rigoles agrandies. Alors l'opération est terminée, car ceux-ci doivent parvenir au centre du mal et atteindre le bourbillon. Mais il est très-important que l'on agisse sans relâche ni hésitation, de manière qu'en vingt-quatre heures au plus, on ait pénétré dans la couche profonde du tissu cellulaire sous-cutané.

En traitant de cette manière tous les anthrax qu'il a rencontrés depuis huit ans, en ville et à l'hôpital, M. Richard n'a pas éprouvé un seul insuccès. Cette méthode lui paraît ainsi préférable expérimentalement aux incisions non indiquées, en ce qu'il n'y a pas de liquide septique, infectieux, à évacuer comme dans le phlegmon diffus ou l'infiltration de liquides gangréneux. Ici, c'est une gangrène, un bourbillon, qu'il s'agit d'atteindre, et les caustiques, par une action rapide et profonde, y sont d'autant plus propres qu'ils ne laissent pas, comme le bistouri, de larges surfaces absorbantes, susceptibles de donner lieu à l'infection purulente.

Pour être plus longue, la douleur n'est pas si intense qu'avec les incisions. Dès la première application du chlorure de

zinc, la rougeur diminue et une fois le tissu cellulaire sous-cutané atteint, il n'y a plus d'extension à craindre ; aussitôt la réparation commence, toute l'activité organique se concentre dans l'élimination. Le pus inonde l'appareil dès la fin du deuxième jour, les eschares se détachent le quatrième, entraînant le bourbillon, et aussitôt la cicatrisation se fait avec cette promptitude propre aux plaies faites par les caustiques. (*Gaz. des hôp.*, n° 27.)

Incisions horizontales. Pour M. Bitôt, au contraire, la maladie étant toute locale, *essentiellement anatomique*, dans le principe et bornée à l'étranglement des follicules pilo-sébacés, il a recours aux *labourages horizontaux*, lesquels, bien mieux que les incisions verticales, si profondes et multipliées qu'elles soient, atteignent sûrement tous les follicules. Traversant la tumeur de part en part, en faisant un lambeau inférieur, il laboure horizontalement l'autre moitié dans toute son étendue et profondément sans toucher à la peau. Pas un follicule n'échappe ainsi au bistouri. Ce qui ne l'empêche pas ensuite, pour prévenir l'absorption des fluides septiques par les vaisseaux béants, de circonscrire la tumeur avec la pâte de Vienne pour l'isoler et détruire tous les canaux de transmission afférents. (*Soc. des hôp. de Bord.*, juin.)

Perchlorure de fer. L'infection putride étant bien plus réelle que l'infection purulente, suivant M. Denucé, c'est à cet hémostatique puissant qu'il a recours après de larges débridements ; quoique ne l'ayant employé que trois fois en badigeonnages, il a une confiance absolue dans cet agent.

Pâte de Canquoin. C'est aussi spécialement en vue de prévenir la résorption purulente qu'il considère comme la principale cause de mort que M. Labat, après des incisions multiples, larde la tumeur de flèches avec la pâte de Canquoin, puis des pansements à l'alcool et poudre absorbante; aconit et ergotine à l'intérieur.

Nitrate d'argent. C'est ce caustique que le célèbre chirurgien italien Larghi dépose à haute dose entre les lèvres des larges et profondes incisions à l'air libre qu'il pratique dès qu'il est appelé. Depuis vingt ans qu'il emploie ce mode de traitement, il n'a eu ni érysipèles, ni résorption purulente à la suite. (*Ann. univ. di medic.*, avril.)

Ventouse à pompe. Mieux que l'instrument tranchant et le caustique, ce simple appareil chirurgical, inauguré par M. Foucher, peut convenir aux malades pusillanimes. Son mode d'emploi ressort de l'observation suivante :

Le 8 mars, Fragier, quarante-huit ans, ébéniste, entrait au nº 21 de la salle Saint-Barnabé, à l'hôpital Saint-Antoine. D'une bonne santé habituelle, il porte à la région dorsale gauche, au niveau de l'épine de l'omoplate, une tumeur offrant tous les caractères de l'anthrax et dont le malade fait remonter l'origine à quinze jours.

Cette tumeur a le volume d'un œuf de poule, molle au toucher, sans fluctuation évidente, elle est mal limitée et siége au milieu d'un empâtement assez considérable; la peau qui la recouvre est d'un rouge violacé, cette coloration s'étend autour de la tumeur d'une manière diffuse; sur la partie la plus tuméfiée la peau est criblée de petits pertuis laissant suinter un pus sanieux et sanguinolent; la température est élevée au niveau de la tuméfaction, et les douleurs, qui sont lancinantes, s'exaspèrent à la pression; l'état général du malade est bon, il y a peu de fièvre.

C'est alors que M. Foucher eut l'idée d'expérimenter un procédé, dont la facilité d'application le met à la portée de tous les praticiens. Il se fit apporter une ventouse d'un diamètre de 4 à 5 centimètres, à laquelle était adapté un corps de pompe; il plaça cette ventouse sur le sommet de la tumeur et, à l'aide du corps de pompe, il fit le vide. La cavité de la ventouse ne tarda pas à se remplir de pus sanguinolent et des parcelles mortifiées qui remplissaient la tumeur; cette ventouse fut laissée en place durant quelques instants, et, lorsqu'on l'enleva, le premier effet produit fut, outre la détersion de la tumeur, la disparition de la douleur.

Il fut fait trois applications de la ventouse à un jour de distance; chaque fois la tumeur était vidée du détritus organique qu'elle contenait, et, à la troisième application, la portion de peau qui la recouvrait se détacha, laissant à nu une plaie de bonne nature entièrement détergée et commençant à se couvrir déjà de bourgeons charnus; les bords de la solution de continuité étaient irréguliers, taillés à pic et un peu décollés, la suppuration de bonne nature; on panse avec des cataplasmes émollients, et la plaie entre dans une période de réparation qui se continue sans accident jusqu'à

la guérison du malade, arrivée dans les derniers jours de mars.

Cette observation nous montre une ressource chirurgicale imprévue qui, outre son ingéniosité, est d'une application peu douloureuse, et dont l'appareil simple et à la portée de tous, ne saurait effrayer le malade le plus pusillanime. De plus, cette méthode répond avantageusement aux desiderata chirurgicaux formulés dans la discussion académique, elle déterge sans débrider, et semble par là défier l'érysipèle et les autres complications que l'on peut redouter dans le traitement de l'anthrax.

AORTE. *Oblitération.* A M. le docteur Lallement, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant à l'École de médecine de Nancy, reviendra le mérite d'avoir démontré le premier la réalité de cette nouvelle espèce d'oblitération accidentelle, progressive par une tumeur développée au devant; espèce admise seulement jusqu'ici comme possible. Ainsi, M. Luton, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, se contente d'indiquer, au mot Aorte, que toute tumeur externe, un cancer par exemple, par rapport au vaisseau, produirait le rétrécissement de son calibre. M. Velpeau avait déjà cité en 1825 une oblitération de ce genre par les ganglions devenus cancéreux. Mais ici c'était une tumeur squirrheuse en forme de disque irrégulier de 3 à 4 centimètres d'épaisseur, occupant la face postérieure de la petite tubérosité de l'estomac, un peu en dedans du pylore. Le sujet était une femme de quarante-deux ans, morte le 31 mars 1865 à l'hôpital Saint-Charles. L'autopsie révèle une compression telle de l'aorte abdominale, au-dessus du tronc cœliaque, qu'au-dessous elle est flasque, aplatie, remplie d'un coagulum brunâtre, spongieux. Les iliaques primitives et externes, les hypogastriques, offrent le même aspect et sont complétement imperméables à l'injection. L'oblitération ayant été progressive, la circulation s'était établie par les anastomoses dans les membres inférieurs, sans que pendant la vie, la malade ait présenté de symptômes pouvant faire prévoir cette oblitération. Ni troubles de la motilité ou de la sensibilité des membres inférieurs, ni aucune modification de la circulation générale ou locale, mais l'évolution lente de la tumeur, le séjour au lit de la malade et son état profondément cachectique expliquent ce défaut de phénomènes morbides spéciaux. (*Gaz. hebdom.*, n° 5.)

Battements de l'aorte abdominale. Objet d'inquiétude et parfois de douleur pour les malades, de doute, de difficulté de diagnostic pour le médecin, ce phénomène, qui se manifeste le plus souvent vers quarante ans et susceptible d'être confondu avec l'anévrisme, dénote, suivant le docteur Lyons, une grande irritation des parois de ce vaisseau avec tendance aux dépôts athéromateux, une dilatation plus ou moins étendue avec disposition à la formation d'anévrysmes, faux ou vrais, si cet état morbide n'est pas réprimé. Tandis que des mouvements brusques, forcés, la fatigue, des blessures locales, des coups, disposent, dans cet état, à la rupture des parois artérielles, le repos, au contraire, dans la position horizontale, en changeant et diminuant la force de distension de la colonne sanguine, est favorable à la guérison. L'exploration digitale du vaisseau dans l'état de vacuité de l'intestin, sa mobilité et son diamètre fusiforme, allongé, l'absence de bruit et de battement diastolique et la diminution de l'intensité et de l'étendue des pulsations aussi bien que de la douleur dans la position horizontale, sont les meilleurs signes différentiels de cette simple irritation temporaire avec l'anévrysme. On comprend l'urgence de saisir ces différences en présence de la gravité du diagnostic et du pronostic à émettre. (*Dublin med. Press.*)

Cette irritation des parois aortiques du médecin irlandais n'est-elle pas le début, le premier degré du ramollissement inflammatoire, constaté par M. le docteur V. Martin, dans la rupture de l'aorte comme la cause de ce formidable accident? (Voy. *année* 1865.)

ARMÉE. *Rang et honoraires du médecin.* En Italie, une loi du 28 juin règle ainsi la hiérarchie et les appointements du corps de santé :

Président du conseil assimilé à. . .	Major général.		9000
Inspecteur.	Colonel.		7000
Médecin en chef.	Lieutenant-colonel.		5500
— directeur.	Major.		4100
— de régiment.	Capitaine. . .	1re classe. . .	3100
		2e classe. . .	2800
— de bataillon.	Lieutenant.. .	1re classe. . .	2000
		2e classe. . .	1800

Si justice n'est pas encore faite par là, du moins elle commence.

ARSENIC. La question de savoir s'il est prophylactique et curatif de la phthisie pulmonaire, affirmée dans la *Quebec Gazette* par une personne qui s'offrait d'en faire la preuve, a donné lieu à une curieuse enquête par le docteur La Rue, professeur de médecine légale et de toxicologie à l'université de Québec.

B... est un homme de quarante-sept ans, lymphatique, bien constitué, Anglais de naissance, résidant au Canada depuis 1837. Il est intelligent et a reçu une bonne éducation. Il est marié et père de six enfants, tous bien portants, dont l'aîné a vingt-neuf ans, le plus jeune onze. La phthisie pulmonaire est héréditaire dans sa famille; son père en est mort à trente-neuf ans, ainsi que quatre de ses oncles et plusieurs de ses cousins paternels; rien du côté maternel. De 1843 à 1854, il en fut atteint lui-même, avec toux pénible, aphonie, émaciation et sueurs nocturnes. C'est alors que, sur l'annonce d'un journal, il commença à faire usage de l'acide arsénieux, dont il acheta *deux onces*, qu'il consomma en six ou huit semaines, en le prenant à l'intérieur cinq à six fois par jour, surtout avant son déjeuner, pour le faire expectorer, et en en fumant avec son tabac. Il recouvra ainsi la santé et continua depuis à en faire usage irrégulièrement, sans en avoir jamais éprouvé de nausées, ni vomissement, ni aucun trouble intestinal.

Invité par le professeur La Rue à faire la preuve de ce qu'il avançait, il tira de sa poche un petit flacon d'acide arsénieux pur, dont il mit la dose habituelle sur une petite lame d'argent. Il y en avait environ 3 grains, dont il avala immédiatement la moitié. Il en mêla un demi-grain ensuite au tabac de sa pipe, qu'il fuma en remplissant le laboratoire de l'odeur d'ail.

Un rendez-vous fut fixé pour mieux préciser cette curieuse expérience. Le 27 avril dernier, B... se rendit chez le professeur, qui lui pesa 2 grains d'acide arsénieux, chimiquement pur, de son laboratoire. Il les avala comme il en avait été convenu, et, trouvant la dose trop faible, il en prit une seconde. C'était donc 20 centigrammes environ. Il fuma ensuite tranquillement sa pipe sans que, surveillé par le médecin légiste, il rejetât la moindre trace du poison dans les crachats. Après une heure de surveillance, aucun symptôme toxique ne se manifestant, B... demanda un cinquième grain d'acide arsénieux qu'il fuma dans sa pipe, et, pendant une demi-heure durant, il disserta sur les propriétés de l'arsenic par rapport avec ce qu'il avait entendu dire des mangeurs d'opium. Deux heures durant,

il fut ainsi tenu en surveillance sans présenter aucun accident, non plus que le lendemain. (*Boston med. and surg. Journ.*, n° 22.)

L'expérience est donc concluante, curieuse et authentique. Celles des arsénicophages de Styrie sont loin d'avoir cette valeur (*Union méd.*, 6 juin 1861). Il est bien avéré maintenant que l'acide arsénieux peut être ingéré, absorbé par l'homme à dose relativement rasorienne, sans effet toxique. « J'ai lu, disait B... pendant son expérience, tout ce que les docteurs ont écrit sur l'arsenic, et je reste convaincu qu'ils ne savent rien du tout — *nothing at all* — à ce sujet. » Jamais il n'a éprouvé au moindre degré les symptômes qu'on lui attribue. Pour rien au monde, il ne consentirait à le prendre en solution. Il refuse même de boire de l'eau pendant quelque temps après l'avoir ingéré, mais il prend volontiers un verre de vin ou de bière. On ne saurait soupçonner quelque stratagème ou supercherie devant une enquête aussi éclairée. Il est démontré que l'arsenic peut être toléré; malheureusement son action anti-tuberculeuse est loin d'être aussi clairement établie.

Sa tolérance même est loin d'être constante et inoffensive. Chez un homme de trente ans qui, séduit par ce que l'on disait des mangeurs d'arsenic, en ingérait chaque jour une certaine quantité, sans la mesurer exactement, il y eut d'abord de la dyspepsie, ce qui fit redoubler la dose ; le teint, loin de s'éclaircir, devint plus foncé, la respiration ni les forces musculaires ne s'amélioraient. Les organes génitaux seuls en étaient excités. contrairement à l'observation de M. Charcot (voy. Anaphrodisie. *Année* 1864). Enfin, après quatre ans d'usage, des vomissements survinrent avec douleur vive à l'épigastre augmentant à la pression, soif vive et tous les signes généraux de l'intoxication arsenicale se montrèrent, qui, malgré le sous-nitrate de bismuth et l'opium à haute dose par le docteur Parker, amenèrent la mort. L'autopsie confirma l'empoisonnement. (*Edinb. med. Journ.* et *Gaz. med.*, n° 31.)

De l'emploi thérapeutique de l'arsenic par le docteur Barella, un volume in-8° de 565 pages, Bruxelles et Paris. Réunion de différents mémoires séparés sur la médication arsenicale contre les fièvres intermittentes, les névropathies, les dermatoses, les maladies internes et externes, et ses effets physiologiques. C'est ainsi la plus complète monographie sur ce sujet. Tous les travaux particuliers s'y trouvent réunis ou analysés. Mais en rai-

son même de sa facture, une table analytique et alphabétique qui manque à ce volume, serait indispensable pour le consulter.

ASTRINGENTS. *Charme.* M. Blanchet a encore enrichi la classe déjà si nombreuse et variée de ces médicaments en montrant que les feuilles du charme (*Carpinus betulus*), qui se trouve si répandu, et qui forme ordinairement les berceaux des longues allées des jardins, contiennent jusqu'à 9 pour 100 de tannin. A défaut des autres astringents, on peut donc employer les feuilles ou l'écorce de cet arbre, en décoction, macération ou toute autre forme pharmacologique. On peut compter sur une action égale à celle du ratanhia. (*Répertoire de pharmacie.*) Voy. Diarrhée.

ATMOGRAPHIE. Nouvel instrument imaginé par le docteur Sanderson, traçant sur le papier les variations des mouvements respiratoires, comme le *sphygmographe* et le *cardiographe* le font pour les battements du cœur. Celui-ci sert en outre à mesurer la quantité absolue d'air respiré (*Lancet.*)

ATRÉSIE. Atrésie vulvaire. Depuis que Michon, de si regrettable mémoire, publia onze faits de ce genre dans le *Bulletin de thérapeutique* en 1861, un nouveau cas de cette affection rare et curieuse, par contracture spasmodique du sphincter vaginal, s'est présenté à l'observation de M. Caffe. C'était chez une femme de vingt-cinq ans, mariée depuis trois ans et demi, n'ayant jamais pu consommer l'acte du mariage, malgré l'absence de l'hymen, de fissure et de toute lésion locale. La dilatation sous toutes les formes ayant été vaine, la division du sphincter fut pratiquée, et malgré la dilatation consécutive, ce fut également sans résultat.

L'anesthésie locale ou générale ayant été refusée, il s'agissait de mettre en usage un dilatateur mécanique servant d'introducteur, s'échappant et tombant spontanément ensuite. (*Union méd.* n° 64.)

M. Marion-Sims appelle plus justement vaginisme ce spasme, surtout quand il est accompagné de sensibilité, d'hyperesthésie du vagin. (Voy. Vaginisme.)

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE. On sait aujourd'hui qu'elle peut exister avec ou sans altération du sys-

tème nerveux. Cette inconstance est telle, que l'on a vu dans ces altérations plutôt un effet que la cause de l'atrophie musculaire; interprétation contredite par cette observation de M. Lockart Clarke, de l'état intact des deux moitiés de la moelle épinière d'un amputé de la jambe, longtemps auparavant. D'ailleurs ce serait de l'atrophie et non du ramollissement des exsudations que l'on observerait dans cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, il est impossible jusqu'ici de prévoir par aucun signe pendant la vie si ces altérations existent. En attachant quelque importance à l'absence de douleur comme signe négatif d'après un seul fait par lui observé, M. Meryon a été contredit formellement par M. Lockart Clarke. D'abord la douleur n'existe que dans un tiers environ des cas, et de plus, ayant examiné le pont do Varole, la moelle allongée et la partie supérieure de la moelle épinière, envoyés par M. Puget et provenant d'un enfant mort d'atrophie musculaire ayant débuté par la langue, puis les extrémités supérieures et d'autres parties, sans aucune douleur, il constata une dégénérescence évidente de la substance grise du renflement cervical. Une exsudation granuleuse occupait une partie du noyau du nerf spinal s'étendant à celui de l'hypoglosse. A ce niveau, les parties latérales du bulbe avaient subi un certain degré de dégénérescence. Aucun fond n'est donc à faire sur ce signe de la douleur pour ou contre les lésions anatomiques. (*Soc. méd. chir. de Londres*, février.)

AUSCULTATION. Bruit de frottement péritonéal. Il se produit, selon M. Seidel, au niveau de tous les organes contenus normalement dans la cavité abdominale et des productions morbides les plus diverses qui peuvent s'y développer. Le plus souvent il dénote des altérations chroniques du péritoine, comme celui de la plèvre et du péricarde, mais les altérations du foie et de la rate peuvent aussi le déterminer comme il en rapporte des exemples. Il l'a même observé dans l'entérite aiguë. Il a surtout de l'importance diagnostique pour le début de l'hépatite et de la périhépatite syphilitique.

Ne se produisant que dans des cas où le mouvement péristaltique des intestins est très-borné, soit par la péritonite, soit par l'emploi de l'opium, ce bruit, assujetti dans la plupart des cas au rhythme des mouvements respiratoires, peut en imposer pour un frottement de la plèvre. Cette erreur sera évitée en faisant faire

un effort énergique d'inspiration au malade, la glotte fermée, condition qui s'oppose au frottement pleurétique.

Ses caractères varient entre le frôlement léger et un bruit de cuir neuf éclatant avec tous les intermédiaires, de même que dans les autres séreuses Le gargouillement des gaz en rend la perception difficile, et il convient de prolonger l'examen, l'auscultation stéthoscopique, pour le bien distinguer. La douleur de la partie où il se forme et sa propagation sont d'autres causes d'incertitude. Ce n'est donc que par une attention soutenue et en répétant souvent l'examen, comme on le fait pour le thorax, que l'on pourra connaître ce bruit et en préciser les modifications. (*Deutsche Klinik*, n° 51, 1865.)

Matité tympanique. Voy. PNEUMONIE.

Bruits dédoublés. } Voy. COEUR.
Bruits tricuspidiens. }

Stéthoscope de trousse. M. Mattei a pu le rendre ainsi portatif en en diminuant le volume et les angles. Aux extrémités d'une tige métallique sont articulés avec une charnière la plaque auriculaire et le cercle placé par le corps à explorer. Un tube en caoutchouc, en forme d'entonnoir, est adapté à ces deux plaques terminales recouvrant la tige centrale et les charnières. Il se ferme en rabattant les plaques perpendiculairement à la tige au moyen des charnières, s'ouvre en tirant dessus, comme on le fait du chapeau *Gibus* (*Acad. de méd.*). A l'avenir de dire si cette nouvelle invention de l'ingénieux accoucheur est destinée à plus de succès que les précédentes, mais il est permis d'en douter.

AUTOPHAGISME. Désignation nouvelle introduite par M. Mourgue, indiquant un état de l'organisme qui, à bout de ressources, ordinairement à la suite d'une diète sévère et prolongée dans les fièvres continues, se mange, se détruit lui-même par un besoin impérieux de la nutrition, à défaut de l'alimentation qu'on lui refuse. L'apparition d'aphthes en serait le meilleur signe. Voy. FIÈVRE TYPHOÏDE.

AVORTEMENT. PATHOGÉNIE. Sous prétexte qu'en étudier les diverses causes, comme l'ont fait les auteurs, ne suffit pas pour s'en faire une idée exacte, sans l'analyse des phénomènes con-

stitutifs de l'accident, M. le docteur Garimond se livre à une longue disquisition des symptômes bien connus sans pouvoir déterminer leur apparition et leur liaison autrement que par les causes sur lesquelles il s'étend, comme dans les traités classiques (*Montpellier méd.*). La réforme à cet égard est donc vaine, puisque l'effet est si intimement lié à la cause qui l'engendre et le produit, que l'on ne peut en mesurer la signification, la gravité, sans connaître et remonter à celle-ci. De là son importance et le rang supérieur qu'il faut lui conserver dans l'étude de l'avortement.

Chlorate de potasse. C'est le cas de dire que l'on en fait une véritable panacée. D'après une communication du docteur Bruce à la Société obstétricale d'Édimbourg, plusieurs femmes, à la suite d'avortements ou de mort-nés, ayant fait usage de ce sel, ont donné naissance ensuite à des enfants vivants. Les docteurs Inglis, Cairns, Moir et Keiller ont corroboré cette opininion de faits à l'appui. (*Edinb. med. Journ.*, janvier.)

B

BAINS. Bains térébenthinés. Les heureux effets obtenus par le docteur Spitzer avec l'essence de térébenthine comme dérivatif cutané, l'ayant conduit à en ajouter une simple cuillerée à bouche dans un grand bain, l'effet en fut si violemment insupportable, qu'après un quart d'heure de durée, le malade en sortait bien vite, le corps tout rouge et se lavant à grande eau froide pour se soulager; il sentait néanmoins encore plusieurs heures après des fourmillements aux mollets. Plus tard, il a ordonné à une dame seulement une cuilleréo à café dans un grand bain d'eau simple; elle ne pouvait le supporter non plus, elle en sortait aussi après un quart d'heure, et le lendemain elle était couverte de pustules sur tout le corps, même au visage, qui n'avait cependant point trempé dans le bain. Enfin, l'ayant essayé sur lui-même avec addition d'une cuillerée à dessert, il a éprouvé d'abord une cuisson aux mollets, ensuite sur les hanches, les épaules, les bras, le dos et les parties déclives; toutes ces parties déclives dans lo bain se sont couvertes d'un limon blanc de plusieurs millimètres d'épaisseur, et, dessous, la peau était très-rouge; il a éprouvé pendant tout lo reste de la journée des

fourmillements aux mollets et pendant les jours qui ont suivi les bains, les contractions de la vessie étaient devenues aussi plus énergiques dans la miction.

Avec addition de 90 à 100 grammes de cette essence, M. Pirondi a obtenu aussi des effets réactifs extraordinaires (*Soc. de méd. de Marseille*, janvier). S'il est vrai qu'une si faible dose de térébenthine produise un si grand effet, ce serait là un révulsif très-commode et peu coûteux. Il est donc urgent de vérifier cette action par de nouvelles expériences, pour tirer parti, en cas d'affirmative, d'une action cutanée qui peut avoir de si nombreuses et utiles applications.

BEC-DE-LIÈVRE. Une modification au procédé de M. Mirault (d'Angers) a été apportée par le docteur Gaillard. En taillant les lambeaux, il pratique de chaque côté une courbe opposée dans son incision à la partie inférieure de la scissure, de manière qu'elles s'emboîtent l'une dans l'autre, afin de diminuer le danger d'une échancrure. Au lieu de quatre à cinq sutures appliquées ordinairement, il réunit seulement les courbes à leur sommet par une suture entortillée en caoutchouc et une autre au-dessous de la narine droite. De plus, en formant son lambeau obturateur par la partie horizontale de la lèvre elle-même, celui-ci se place naturellement, sans torsion ni violence, avec d'autant plus de chances d'union sans difformité. Maintenu à l'aide d'un fil de soie, il est soutenu par une plaque en métal fixée à l'une des griffes supérieures en caoutchouc (*Gaz. des hôpit.*, n° 100). Ce sont là des précautions minutieuses qui peuvent avoir de l'importance dans le résultat ; mais on peut voir qu'il y a dans cette modification des points d'analogie avec le procédé de M. Giraldès, décrit l'année dernière. (Voy. *année* 1865.)

Du traitement du bec-de-lièvre compliqué. Thèse inaugurale par M. le docteur Thévenin. Bonne monographie contenant le résumé de la pratique de M. Giraldès, à l'hôpital des Enfants malades, sur ce sujet.

BÉGAIEMENT. La méthode de M. Chervin, instituteur communal à Lyon, a reçu la consécration publique de son efficacité par l'enquête faite à cet égard par la Société d'éducation de Lyon, commission composée de trois membres de la So-

ciété de médecine. Cinq enfants bègues, à différents degrés et de différentes manières, soumis à cette méthode, ont été guéris complétement dans l'espace de huit à quinze jours. Sans employer les moyens mécaniques de ses prédécesseurs, M. Chervin, après avoir constaté la cause spéciale du vice de prononciation, la combat directement par une lecture appropriée, des inspirations convenables, etc., etc. Par ces exercices, il peut garantir la guérison de cette infirmité comme infaillible, ainsi qu'il appert du rapport de M. Passot à ce sujet.

BLENNORRHAGIE. Pathogénie. Une observation d'adénite sous-maxillaire développée durant une blennorrhagie et d'arthrite concomitante chez un jeune homme de dix-huit ans, observé à l'hôpital Saint-Antoine, est l'occasion pour M. le docteur Féréol de remettre en question la nature constitutionnelle de la blennorrhagie. L'ophthalmie et l'arthrite blennorrhagiques lui paraissent des témoignages affirmatifs de la dernière évidence; et le siége de la tumeur, dans le cas précédent, son volume énorme, sa dureté lardacée et presque ligneuse, ne laissant écouler par l'incision que du sang fluide, séreux, lui paraît la confirmation de cette doctrine. (*Arch. de méd.*, août.)

On ne peut être plus précis et positif. Oui, ces faits et quelques autres témoignent avec évidence de la généralisation, du retentissement organique de la blennorrhagie; mais il faut reconnaître et proclamer aussi que c'est là une très-rare exception à la règle, dépendant de certaines conditions organiques encore inconnues ou mal déterminées. Il ne faudrait donc pas faire une doctrine de ces faits exceptionnels et renouveler ainsi celle de *lues gonorrhea*, que les généralisations à perte de vue de M. Pidoux tendent à reproduire.

Blennorrhagie inflammatoire. *Capsules d'extrait de cubèbe.* Suivant M. C. Paul, le cubèbe, administré à haute dose et au début, conviendrait spécialement sous cette forme. Les écoulements récents, remarquables par l'intensité de la douleur, du travail inflammatoire, et les plus pénibles, en seraient surtout passibles; la douleur et la purulence disparaîtraient après vingt-quatre heures, quelques injections feraient le reste.

Au lieu de l'extrait oléo-résineux noirâtre, il obtient, à l'aide de l'alcool, de l'eau et de l'éther, un extrait vert olive foncé, d'une consistance sirupeuse épaisse et d'une odeur fortement

éthérée, d'une saveur franche et piquante correspondant à dix fois son poids de poivre brut, au lieu de huit seulement qu'a l'extrait oléo-résineux.

Pour dissimuler son odeur, il l'enferme dans des capsules ovoïdes du poids total de 1 gramme, dont il donne le *modus faciendi* et qui renferment 75 centigrammes d'extrait, soit une quantité équivalente à 7 grammes 50 centigrammes de poivre.

Sous cette forme, il n'a plus ni odeur ni saveur, et constitue un médicament actif, titré. (*Bull. de thérap.*, octobre.)

Ces différences pharmacologiques constituent jusqu'ici toute la supériorité de cette préparation sur les capsules de Raquin et autres analogues. C'est à l'expérience clinique de prononcer sur sa valeur comparative.

Blennorrhagie chronique. *Dilatation progressive.* Admettant que, dans la plupart des cas, le rétrecissement de l'urèthre est à craindre, M. Allaire conseille de recourir de bonne heure, et même avant la fin de la période aiguë à l'usage des bougies. Il en introduit successivement deux à trois graduellement plus grosses, de 1/4 à 1/2 millimètre, en les retirant immédiatement ; la première bougie introduite le lendemain étant toujours celle de la veille. Des bains locaux et généraux sont employés dans l'intervalle de cette dilatation préventive, reprise ensuite de quinze en quinze jours, pendant deux à trois mois. (*Soc. d'émul.*, mai.)

Si la dilatation a été prescrite et employée en pareil cas, c'est ordinairement sur les signes, les menaces d'un rétrécissement, qui en sont l'indication, ou contre les blennorrhées, qui sont l'effet de ces rétrécissements. M. Allaire, en en faisant une méthode générale, a donc fait quelque chose de nouveau, sans danger d'être imité, à cause des accidents qui peuvent résulter d'une telle pratique.

Bougies médicamenteuses. Une pensée analogue a fait imaginer à M. Thompson des bougies solubles de beurre de cacao, parfaitement lisses, égales au n° 8 ou 9 de la filière, de longueur variable, et contenant chacune 15 milligrammes de nitrate d'argent, 6 centigrammes de tannin et 4 d'acétate de plomb, ou 60 de sous-nitrate de bismuth, et comme calmants, 12 centigrammes d'opium ou de belladone. Le malade en introduit une chaque soir dans le canal. Dix minutes suffisent

pour qu'elle se ramollisse et fonde graduellement. Pour la maintenir en place, on comprime le canal de l'urèthre ainsi que le gland avec du sparadrap. (*Lancet.*)

Alcalins et chlorure de zinc. Adversaire déclaré des astringents ordinaires contre les écoulements uréthraux, employés à l'intérieur ou en injections, M. Hammond leur substitue l'usage des alcalins dans la période aiguë, afin de neutraliser l'acidité de l'urine, et des injections avec 1 à 2 grains de chloruro do zinc par once d'eau, en annonçant des merveilles par ce procédé (*Union méd. de la Seine-Inférieure*, n° 20). L'exclusivisme de l'auteur doit mettre en garde contre ses assertions, aussi bien contre les agents qu'il combat qu'en faveur de ceux qu'il prône.

Blennorrhagie cordée. *Injections hypodermiques.* Contre la violente douleur nocturne en résultant, M. Scarenzio ayant vainement épuisé tous les calmants, pratiqua le matin une injection sous-cutanée au périnée avec une solution de 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine pour 10 grammes d'eau.

Dès la nuit suivante, le malade put dormir naturellement et uriner plusieurs fois, et comme démonstration de l'action thérapeutique, l'injection n'ayant pas été renouvelée le lendemain, la douleur reparut, quoique atténuée ; mais une dernière injection suffit à faire disparaître cette complication. (*Giorn. delle mall. venere*, avril.)

Blennorrhée. *Insufflations pulvérulentes.* Un instrument a été imaginé à cet effet par M. Mallez, tentative déjà réalisée par plusieurs médecins, notamment M. Jacquemet, de Montpellier. On douche ainsi à sec tout le parcours du canal de l'urèthre avec la poudre de nitrate de bismuth, agent dont M. Cossy s'était déjà servi en injection épaisse. Rien donc de nouveau à ce sujet, si ce n'est que douze cas de blennorrhée, dont plusieurs remontaient à quatre, trois et deux années, ont été guéris par ce moyen topique. (*Acad. de méd.*, avril.)

BROMISME. L'emploi fréquent et à haute dose du bromure de potassium rend l'observation suivante extrêmement intéressante, autant par sa nouveauté que par l'interprétation qui lui est donnée par le docteur Marcq. Ce serait une intoxication

bromurienne analogue à l'iodisme constitutionnel de Rilliet, dont la réalité a été mise en doute par l'Académie de médecine. A ce titre, elle mérite d'être rapportée dans ses principaux détails.

Un homme d'environ cinquante ans, — forte constitution et bonne santé habituelle, goutte et rhumatisme léger à part, — est atteint depuis un an d'une laryngite ulcéreuse à marche très-lente, mais progressive, sans rémission ; pas de tubercules pulmonaires.

Après avoir épuisé, durant un traitement de huit mois, médications et médicaments, des douleurs vives existant au niveau du cartilage thyroïde firent employer le bromure de potassium à cause de ses propriétés altérantes et son action anesthésique à la dose de 10 centigrammes par jour, dans l'eau sucrée, concurremment avec quatre cuillerées d'huile de foie de morue. Exclusion de tous autres médicaments. Régime tonique. Un mieux sensible dans l'état général et local ne tarda pas à se manifester. Les douleurs laryngées diminuèrent graduellement, l'appétit se réveilla, l'assimilation se fit mieux. Après quinze jours, le malade, — très-satisfait de son état, — ne souffrait presque plus, mangeait bien, avait notablement repris de la chair et des forces. On pouvait croire l'affection enrayée. Le pronostic devenait favorable. Tout en persévérant dans ce traitement, le malade attachant une grande importance à se voir au plus tôt radicalement débarrassé de toute sensation anormale au larynx, l'action locale du bromure fut augmentée en le portant directement sur les parties affectées, au moyen d'un pulvérisateur, avec une solution de 50 centigrammes de bromure pour 250 grammes d'eau distillée, deux inhalations par jour, de deux à trois minutes de durée.

Huit jours après, le malade avait le teint jaune sale, yeux excavés, fixité étrange dans le regard, visage sans expression, considérablement amaigri, jambes vacillantes, mains tremblantes, dans un état réellement cachectique, il était méconnaissable. Peu à peu l'appétit s'était perdu, des douleurs intenses étaient survenues dans le cuir chevelu, la nuit surtout. Les forces avaient diminué de jour en jour et le tremblement augmenté en proportion. Les battements de cœur habituels s'étaient rapprochés, en augmentant d'intensité, au point d'être intolérables. Pas de sommeil, état nerveux, agité. En revanche, le mal de gorge n'existait plus guère que pour mémoire.

Une exploration minutieuse des organes ne révéla rien de particulier, ni aucun rapport de causalité avec l'état général constaté. Pouls petit, de 115 à 120, avec une pulsation manquant de temps en temps.

Aucune infraction ni exagération dans le régime ; mais le malade croyant à une exaspération du mal, et convaincu de l'efficacité du remède, avait fait parfois trois pulvérisations par jour en les prolongeant sans compter les minutes. Néanmoins, la solution avait été renouvelée une seule fois. Moins d'un gramme de bromure avait donc été inhalé pendant les huit jours ; en ajoutant les 80 centigrammes pris en potion, c'était 1 gramme 80 centigrammes. Ce qui n'est pas extraordinaire, même en ajoutant les 2 grammes pris durant les jours précédents.

L'idée d'une intoxication étant admise aussitôt, il s'agissait d'éliminer le poison. Dès lors, abstention complète du bromure ; tisane de chiendent nitrée ; bains sulfureux tièdes peu prolongés, quotidiens, suivis de frictions stimulantes ; régime exclusivement lacté qui fut très-bien supporté et digéré.

Après huit jours, nulle reprise du mal pharyngien, sensibilité épigastrique tolérable, douleurs occipito-frontales diminuées, violentes seulement par exacerbations irrégulières, surtout nocturnes. Le lait était pris en abondance, avec une appétence prononcée pour d'autres aliments qui répugnaient auparavant. Et pourtant la maigreur avait augmenté, le teint toujours d'un jaune terreux aussi prononcé, forces nulles, tremblements des avant-bras, vacillations des jambes, même fréquence du pouls, meilleur aspect de la face. L'examen des organes ne révélait rien de particulier. Rien ne fut changé au traitement, sinon une nourriture graduellement plus tonique.

Pendant deux mois, l'affection continua à décroître, sauf quelques exacerbations momentanées des symptômes en voie de disparition. Les symptômes frappants furent la persistance longtemps continuée de la maigreur, de la faiblesse générale, et surtout l'incertitude de la marche, alors que la nourriture était depuis longtemps absorbée en notable quantité.

Le malade s'est remis complétement de cette crise longue et douloureuse. Il a repris des chairs et des forces ; le mal laryngien semble guéri ; il n'y a plus de douleurs spontanées de ce côté, et l'on trouve à peine une sensation pénible à la pression, au niveau de la face gauche du cartilage thyroïde.

L'intoxication du brome est justifiée, pour le médecin belge,

par l'ensemble particulier des symptômes, caractérisé surtout par une désassimilation rapide et des troubles nerveux intenses en l'absence bien constatée de toute lésion organique. La disparition graduelle des accidents par la cessation du bromure, remplacé par des bains sulfureux et une diététique simple, le fortifient surtout dans cette opinion dont il trouve la justification complète dans l'analogie du tableau symptomatologique de l'iodisme, dont il rappelle à cet effet les traits saillants (*Art. méd.*, 20 mai). Nous nous garderons bien de le contredire ; mais un seul fait ne suffit pas pour s'avancer avec tant de hardiesse sur un terrain aussi chancelant. C'est à l'observation ultérieure de prononcer.

Des phénomènes semblables ont été observés par M. Delasiauve chez une femme après un mois d'usage du bromure. Une guérison complète s'en est néanmoins suivie. (*Journ. de méd. ment.*, septembre.)

Tout en étant exceptionnels, ces accidents méritent la plus sérieuse attention. M. Sales-Girons qui les trouve rationnels si l'on administre le brome assez longtemps et à assez haute dose, les attribue dans ce cas à ce qu'il a été donné par la voie bronchique, la plus sûre, la plus active et rapide voie d'absorption selon lui. (*Rev. méd.*, juin.) —Voy. Thérapeutique respiratoire.

Rien d'étonnant que l'initiateur de cette nouvelle méthode thérapeutique mette ce fait à son avoir et cependant, comment imaginer que moins d'un gramme inhalé en huit jours ait une action plus intense que 10 grammes par jour, comme M. Voisin et d'autres praticiens l'ont administré par la voie gastrique? — Voy. Bromure.

Alors que l'intoxication était portée aussi loin que possible, on n'observa pas constamment cet ensemble caractéristique du *bromisme*, la maigreur exceptée, comme on peut s'en convaincre. Il y a donc là une énigme que des faits comparatifs pourront seuls expliquer. Jusque-là, on doit plutôt regarder ces accidents comme le résultat de l'idiosyncrasie.

BROMURE DE POTASSIUM. Expérimenté à haute dose par M. A. Voisin sur vingt-quatre épileptiques de Bicêtre, son action physiologique démontrée par six observations a été : nausées rares, cuisson à la gorge, rougeur du voile du palais, des amygdales, de la langue, infiltration œdémateuse de la muqueuse et de la luette avec coryza, enchifrènement, écoule-

ment catarrhal du pharynx et même des trompes d'Eustache avec douleurs d'oreilles, bourdonnements et surdité. C'est donc là une stomatite particulière, spéciale, bromurienne si l'on peut dire, avec salivation salée, amère, fétide, contrairement à ce qui a lieu à faible dose comme l'a signalé M. Gubler (voy. *année* 1864). De bromurée au début, l'haleine devient fétide ensuite. Les gencives et les dents cariées sont douloureuses; deux fois la langue a augmenté de volume, et comme caractère déjà signalé : si la sensibilité tactile reste intacte, la sensibilité réflexe est gravement modifiée.

A 8 et 10 grammes par jour, au lieu de produire la mort comme Orfila l'a écrit, il y a chaleur épigastrique avec dégoût, cédant facilement au laudanum, à la diminution des doses et à des boissons émollientes. L'appétit est conservé, parfois même augmenté; il y a des faiblesses d'estomac avec soif. L'embarras gastrique est rare. Constipation fréquente, très-tenace ; rarement diarrhée et cependant la maigreur survient après l'usage prolongé. Urines augmentées après quelque temps d'usage avec cuisson et chaleur au méat sans albumine ni sucre.

L'anaphrodisie s'est produite suivant la règle. Deux seuls cas ont fait exception dans un sens contraire, à un degré très-marqué.

L'enrouement avec toux sèche, voix rauque, aphonie, douleur laryngée, râles sous-crépitants moyens, oppression, crachats muqueux, ont été les seuls symptômes du côté des voies respiratoires.

A partir de 6 grammes par jour, il y a eu diminution de la lucidité d'esprit, de mémoire et de réflexion avec trouble, engourdissement général des fonctions cérébrales se manifestant en écrivant comme en parlant avec embarras même de la parole; hébétude, apathie, indifférence absolue à de plus hautes doses. L'hypnotisme a été très-marqué.

La vue a été plusieurs fois troublée et brouillée sans lésions appréciables à l'ophthalmoscope.

Un acné s'est montré rapidement au front, à la tête, sur le thorax et aux membres chez tous les malades traités. Une teinte bronzée, une coloration jaune sale, de l'ecthyma, de l'érythème, ont été les autres phénomènes cutanés, dans des cas exceptionnels.

Comme dans l'ivresse, les sujets traités pouvaient à peine se tenir debout par suite de faiblesse musculaire et défaut d'équilibration.

Dans l'ordre d'apparition, l'acné et l'haleine bromurée sont les premiers phénomènes et aussi les plus constants. L'angine ensuite avec abolition de la sensibilité réflexe. L'affaissement de l'intelligence et la titubation, les troubles de la vue ne surviennent qu'aux doses de 7 à 8 grammes; l'hypnotisme arrive, au contraire, avec 3 à 4 grammes et l'anaphrodisie à 5 grammes.

Les effets de ce médicament diffèrent donc suivant qu'on l'emploie à haute ou faible dose (voy. *année* 1864), mais sans que rien autre que la maigreur consécutive ressemble au *bromisme*, quoique l'intoxication ait été portée très-loin.

Voies d'élimination. Ce sont l'urine, la salive et la peau comme de nombreuses analyses l'ont démontré. (*Bull. de thér.*, août.)

Administré par M. Bucquoy, chez un malade de la Charité, contre un tremblement mercuriel datant de six ans, et contre lequel l'iodure avait été donné jusqu'à la dose de 6 grammes, on commença à celle de 2 grammes seulement le 12 mars; le malade qui avait de l'insomnie et des maux de tête dormit et devint plus calme sous son influence. Le 15 avril, le tremblement avait cessé. (*Bull. de thér.*)

Malgré l'antagonisme des radicaux de ces deux médicaments, le brome et l'iode, il est curieux de constater leur analogie thérapeutique ; c'est donc une raison de les essayer alternativement dans le tremblement mercuriel et les accidents saturnins.

BRULURES. *Ulcérations duodénales.* On ne saurait trop insister sur les grandes sympathies, les lois physiologiques et morbides, qui sont le plus sûr guide de l'observateur pour les découvertes futures. Celle de l'ulcération duodénale avec la brûlure, quoique découverte, connue depuis un certain temps, mérite notamment d'être rappelée. Expliquée, corroborée par l'étroite connexion physiologique de l'intestin avec la peau, elle est surtout susceptible d'être généralisée dans les diverses et nombreuses altérations de ces deux grandes surfaces correspondantes. Déjà la même relation a été observée dans l'érysipèle étendu, comme cela se trouve indiqué dans le *Dictionnaire annuel de* 1865. On peut même prévoir, par induction, qu'il en est de même dans certaines dermatoses envahissant une

grande surface, et dans lesquelles on a noté cette liaison, cet enchaînement de souffrances entre l'intestin et la peau. L'observation ultérieure en décidera. Il suffit de confirmer aujourd'hui les effets de la brûlure.

Le 6 janvier dernier, Joséphine, âgée de six ans et demi, vêtue seulement de sa chemise, tombe dans une marmite d'eau bouillante. Deux heures après, le docteur Mayer trouve la partie inférieure du dos, les fesses, les cuisses et l'abdomen, de l'ombilic à la symphyse pubienne, brûlés au premier degré, la peau rouge, ridée et en partie nacrée. Une attaque de convulsions de dix minutes venait d'avoir lieu. Pâleur de la face contractée; refroidissement; pouls petit, à 120; intelligence nette. Suivant le conseil des anciens, un bain tiède à 36 degrés centigrades d'une demi-heure est donné trois fois par jour, en recouvrant les parties brûlées d'ouate dans l'intervalle; potion calmante. La nuit est bonne, et les bains, bien supportés et pris avec plaisir, sont continués.

Tout marcha bien pendant dix jours; la malade ne se plaignant que des douleurs des parties brûlées, qui guérissaient, lorsque, le 16 janvier, sans aucun écart de régime, composé de laitage, bouillon et veau grillé, elle se plaignit d'une violente douleur à l'épigastre et l'hypogastre, avec langue sèche, pouls à 126. Ces symptômes augmentèrent le lendemain en se compliquant d'ictère prononcé. Les douleurs sont si vives le 18 qu'elles arrachent des cris incessants à la malade, malgré l'application de dix sangsues et l'usage interne de calomel et opium. Vomissements abondants de sang noirâtre dans la journée; le ventre se météorise et la mort survient à six heures du soir.

L'ouverture de l'abdomen, faite le 20 janvier, montra l'estomac et les intestins remplis d'un liquide noirâtre, avec pâleur de la muqueuse. Dans la partie postérieure du duodénum se trouvait une ulcération concave de 3 centimètres de long et 2 de large environ, qui en avait perforé les membranes, de sorte que le pancréas formait la base de l'ulcération. Néanmoins, l'adhérence des bords en était si faible avec le pancréas qu'elles se séparèrent en soulevant le duodénum, en en laissant échapper le contenu. L'artère pancréatico-duodénale croisait le fond de l'ulcère, avec un point noir en indiquant l'ouverture. Les glandes avoisinantes, un peu rouges et tuméfiées, étaient du reste la seule lésion appréciable. (*Soc. de médecine d'Anvers*, n° 1.)

Par la filiation claire, simple, précise des accidents et leurs

rapports évidents, incontestables avec les lésions si graves et parfaitement localisées, révélées par l'autopsie, ce cas est, comme un type des relations pathologiques étroites de la peau avec l'intestin, propre à éclairer ceux qui en ignorent et convaincre les plus incrédules. A ce titre, il méritait d'être reproduit.

Un bain d'huile d'olive froide, puis chauffé jusqu'à ce que le brûlé n'en éprouve plus l'impression de froid, est recommandé par Wysler contre les brûlures étendues aussitôt après l'accident et prolongé durant huit à seize heures. Il calme aussitôt les douleurs et l'agitation, le pouls et la respiration; des enfants ont pu s'y endormir après une heure. La suppuration consécutive en est très-diminuée. (*Archiv für klin. Chir.*)

Dans l'impossibilité fréquente de trouver un bain d'huile, si les effets en sont si efficaces, on pourrait le remplacer par des fomentations répétées et prolongées aussi bien dans les brûlures étendues que sur les plus circonscrites.

Perchlorure de fer. Après l'emploi de la poudre d'amidon recouvrant exactement les deux faces brulées, suivant la pratique de M. Chassaignac, la suppuration étant de mauvaise nature et les plaies ayant un aspect atonique, M. Loffel employa une solution de perchlorure de fer étendue de la moitié de son poids d'eau. L'aspect devint aussitôt beaucoup plus satisfaisant ainsi que le pus. (*Gaz. des hôp.*, n° 26.)

Rationnel en fait, l'emploi de ce médicament ne peut avoir de contre-indication en pareil cas que par la douleur qu'il provoque. Il s'agit donc de l'étendre suivant la susceptibilité des brûlés.

C

CANCER. Mieux que d'annoncer un spécifique des douleurs cancéreuses, MM. Denny et Barclay en confirment l'action par de nouvelles observations concluantes : c'est l'acide citrique vanté l'an dernier par le docteur Brandini (de Sienne). Un collutoire avec 8 grammes d'acide citrique pour 250 grammes d'eau suffit à calmer les douleurs atroces d'un vaste cancer de la langue. Employée en lotions sur une énorme tumeur cancéreuse du cou à l'angle de la mâchoire, qui ne pouvait être

opérée, cette solution affaiblie réussit de même à en calmer les douleurs lancinantes plus efficacement que les injections hypodermiques de morphine. La solution de l'acide carbolique, qui n'est autre, pour les Anglais, que le perchlorure de fer, a également réussi, entre les mains de M. Barclay, à apaiser ces douleurs et neutraliser la fétidité ; ce qu'il attribue à son pouvoir de dissoudre les cellules cancéreuses. (*British med. Journ.*, avril ; et *Lancet*, mars.)

Injections hypodermiques d'acide acétique. Ayant remarqué que les cellules cancéreuses, mises sur le champ du microscope, étaient dissoutes par l'acide acétique, le docteur Broadbent a pensé que le même résultat pourrait être obtenu sur le vivant, et qu'une fois les cellules détruites, la tumeur changeant de nature cesserait d'être envahissante et pourrait disparaître, même par résorption ou suppuration. Des injections ont donc été tentées, et une double pièce pathologique, présentée par le docteur Moore à la *Pathological Society* le 16 octobre, semble confirmer cette vue théorique. Un cancer de la lèvre ayant été enlevé récidiva bientôt sous le maxillaire. Injectée avec une solution d'acide acétique — une partie sur trois parties d'eau — cette tumeur ne cessa d'augmenter, et l'on pensa que l'injection avait échoué. Elle fut dès lors largement excisée, et une seconde tumeur placée immédiatement au-dessous et de même nature, restée étrangère à l'injection, fut découverte comme la cause de ce développement insolite. Or, tandis que la première s'était transformée en une pulpe grisâtre avec quelques gouttelettes huileuses ne décelant au microscope que quelques cellules fusiformes, au milieu de masses granulaires, de corpuscules de pus et de tissus graisseux, la seconde était remplie de cellules caractéristiques.

Dans trois autres cas de tumeurs cancéreuses récidivées, M. Moore dit en avoir obtenu la disparition par le même moyen, et M. Power l'ayant aussi essayé contre une tumeur maligne de la paupière, vit le malade guérir en peu de temps. (*Lancet*, octobre.)

Malheureusement ces simples citations, ces observations écourtées et beaucoup trop laconiques, ne sont pas de nature à emporter la conviction. Si depuis, des cas de cancer du sein, de la bouche, de la face, beaucoup mieux circonstanciés, ont été publiés, les résultats en sont trop récents pour per-

mettre d'en rien conclure (*Med. Times*, octobre). Mais ils suffisent pour appeler d'autres expériences, et comme elles sont faciles à exécuter et inoffensives, nous conseillons de les répéter et d'en publier les résultats. — Voy. TUMEURS MALIGNES.

Cancer de l'œil. *Fréquence.* Le professeur von Hassner (de Prague) en a observé 155 cas à sa clinique, dans le court espace de huit ans, savoir : 83 chez des hommes, 48 chez des femmes et 24 chez des enfants des deux sexes, de un à dix ans. La prédisposition du sexe masculin ressort donc de cette statistique générale.

Sur ce nombre total, il y avait 40 cas de cancer du globe, 36 de l'orbite, et 86 des paupières. Tandis que celui du globe et de l'orbite est également fréquent chez l'enfant, celui des paupières est très-rare. Plus de 50 fois sur 100 celui de l'orbite s'est manifesté avant vingt ans. Preuve de l'influence du jeune âge. C'est le contraire pour celui des paupières, dont la proportion s'élève à 73 pour 100 après cinquante ans.

Dans 3 cas, un processus glaucomateux marqua le début du mal et, dans 2, l'iridectomie, pratiquée avec succès, fut rapidement suivie de dégénérescence mélanique. Cette coïncidence mérite de fixer l'attention. (*Ann. d'oculist.*, janvier.)

Cancer de l'utérus. Il y avait 16 cas de cette maladie sur un total de 521 malades reçues à l'hôpital *S. José*, de mars 1864 à mai 1865, dans le service du docteur A. Branco. L'âge de ces femmes variait ainsi :

De 24 à 30 ans.	3
De 31 à 40 ans.	4
De 41 à 50 ans.	6
De 51 à 60 ans.	3

4 étaient domestiques ; 1 blanchisseuse ; 1 couturière ; 1 mendiante ; 1 fille publique ; les 8 autres s'occupaient aux travaux de la maison ; 7 étaient célibataires, 2 mariées, 7 veuves. Telles sont les principales données statistiques de cette trop faible collection, pour en tirer aucune déduction pratique. (*Rivista portugueza*, juin.)

Contre les douleurs souvent atroces, intolérables, auxquelles il donne lieu, le docteur Eastlake préconise l'iodoforme comme un sédatif local et interne très-efficace. (*Obst. Society.*)

Cancer du sein. *Récidives.* En réponse à cette croyance répandue, accréditée en Angleterre comme en France et partout : que l'amputation du cancer n'en prévient ni n'en retarde la récidive, ni la terminaison fatale, M. Birkett, chirurgien de l'hôpital Guy, a présenté la statistique suivante à la dernière réunion de l'Association médicale britannique. Sur 150 cas pris collectivement sans distinction aucune d'une première amputation partielle ou totale de la mamelle cancéreuse, ulcérée ou non, opérés ou observés par lui-même dans un espace de dix-huit ans, la récidive s'est manifestée :

87	fois avant	1 an après l'opération.
15	fois entre	1 et 2 ans.
7	—	2 et 3.
7	—	3 et 4.
5	—	5 et 6.
2	—	6 et 7.
1	—	7 et 8.
3	—	8 et 9.
1	—	9 et 10.
3	—	10 et 11.
1	—	14 et 15.
1	—	15 et 16.
2	--	16

15 malades succombèrent sans récidive, savoir :

1	après	6 mois d'affection hépatique.
1	—	10 mois d'affection thoracique.
1	—	11 mois de maladie du foie.
1	—	13 mois de carcinome du cou.
1	—	15 mois d'affection de l'ovaire.
1	—	2 ans de maladie cérébrale.
1	—	26 mois d'affection hépatique.
1	—	3 ans d'affection pulmonaire.
1	—	51 mois d'affection cérébrale.
2	—	6 ans d'affection thoracique.
1	—	6 ans 1/2 de faiblesse.
1	—	6 ans et 8 mois d'affection thoracique.
1	—	10 ans 1/2 de cachexie.
1	—	15 ans de cachexie.

Bien que, dans aucun de ces cas, l'affection ne fût récidivée localement, rien ne dit ni ne prouve que les affections internes auxquelles les opérées ont succombé, n'étaient pas de nature cancéreuse.

Quoi qu'il en soit, la vie a été prolongée dans l'ordre suivant après l'opération :

8	opérées ont	survécu	moins de	1 an.
24	—	—	au-dessus de	1 —
38	—	—	—	2 —
17	—	—	—	3 —
21	—	—	—	4 —
7	—	—	—	5 —
5	—	—	—	6 —
10	—	—	—	7 —
4	—	—	—	8 —
4	—	—	—	9 —
2	—	—	—	10 —
2	—	—	—	1 —
1	—	—	—	12 —
1	—	—	—	13 —
2	—	—	—	14 —
1	—	—	—	15 —
3	—	—	de 23 à	32 —

(*British med. Journ.*, n° 300.)

A défaut d'une solution définitive, cette statistique peut du moins contribuer à la donner. De plus en plus, l'instrument tranchant se montre dépourvu de tout pouvoir curatif, car dans les 15 cas où la récidive ne s'est pas déclarée sur place avant la mort, on peut objecter que celle-ci ne lui en a pas donné le temps, ou que la nature cancéreuse de la tumeur n'avait pas été confirmée par le microscope.

CARIE. Carie dentaire. D'intéressantes études expérimentales, faites par M. le docteur Magitot, sur l'action de la salive comme agent de cette lésion, l'ont conduit aux conclusions suivantes, résultant de son mémoire sur ce sujet :

1° La carie dentaire est une altération purement chimique de l'émail et de l'ivoire des dents.

2° Elle procède constamment de l'extérieur à l'intérieur de l'organe ; il n'existe aucun exemple rigoureusement constaté de carie interne.

3° La carie dentaire est *une*. La diversité de formes et de coloration dépend de simples variations secondaires dans la nature de la cause altérante, la marche et la durée de la maladie.

4° L'agent de la carie dentaire est la salive, devenue le milieu de fermentations acides ou le véhicule de substances

étrangères susceptibles d'altérer directement les tissus de l'ivoire et de l'émail.

5° La cavité buccale et la salive peuvent présenter normalement cette disposition aux fermentations, et la carie se produit alors dans l'état physiologique de santé parfaite.

6° Le plus souvent, toutefois, les dispositions fermentescibles de la bouche sont sous la dépendance de circonstances morbides locales ou générales amenant des modifications, soit dans le mode de sécrétion, soit dans la composition même des liquides salivaires.

7° Les diverses conditions de fermentation et de structure agissent puissamment comme causes prédisposantes sur le développement et la marche de la carie. Ainsi cette altération, qui épargne ordinairement les surfaces lisses et polies des dents se montre presque exclusivement, soit dans les interstices dentaires, soit dans les trous, sillons, anfractuosités, que peut présenter la couronne, points où les actions chimiques se reproduisent le plus aisément.

8° Le nombre et la cavité des caries sont en raison inverse de la résistance des tissus dentaires, et en raison directe des conditions de la bouche ou de l'énergie de l'agent destructeur.

9° La carie est susceptible de se réaliser artificiellement, par imitation des conditions d'altération que peut présenter la bouche elle-même. Elle offre alors les mêmes caractères que la carie morbide, à l'exception de certains phénomènes de résistance organique.

10° Le mécanisme intime de production de la carie est une simple dissolution des sels terreux et calcaires qui entrent dans la constitution de l'émail et de l'ivoire par l'agent de nouvelle formation. (*Gaz. méd.*)

CASTRATION. *Gravité.* Sur la proposition émise trop légèrement par M. Verneuil de la bénignité de cette opération, M. Chassaignac le confirme en disant qu'avec l'écrasement linéaire elle n'avait jamais été suivie d'accidents entre ses mains, tandis que M. Demarquay soutenait qu'elle devait être rangée dans les graves opérations, par les accidents qui viennent la compliquer. M. Verneuil s'est parfaitement rangé à cet avis en consultant ses notes : sur 9 opérations pratiquées sur le testicule, il y a eu 2 morts; l'un par hémorrhagie, phlegmon et résorption purulente ; l'autre par tétanos au

treizième jour; la mort a été imminente dans 2 autres. Même avec l'écraseur, l'hémorrhagie est surtout à craindre consécutivement. (*Soc. de chir.*, septembre.)

CATARACTE. *Extraction linéaire modifiée.* C'est pour suppléer à l'emploi de la curette, devenue d'un usage à peu près général, et que M. de Græfe accuse de nombreux dangers, qu'il a modifié le procédé de l'incision linéaire. Un couteau étroit étant introduit au point correspondant à la partie la plus périphérique de la chambre antérieure, la pointe est enfoncée de trois lignes au moins dans le champ transparent de la cornée pour agrandir la plaie interne et, le tranchant dirigé en haut, on relève la pointe sous le bord sclérotical, au point opposé à celui d'entrée. Le défaut de résistance indique que la contre-ponction est faite. Peu importe que la conjonctive soit percée ou non. Le couteau est alors incliné de manière que le dos en soit dirigé vers le centre de cette sphère fictive dont la cornée est le segment. La section est faite dans ce plan par un seul mouvement de scie du couteau, c'est-à-dire en l'enfonçant de toute la longueur du tranchant et en le retirant ensuite. Ce mouvement, moins étendu, est répété s'il reste quelques brides scléroticales, ce dont on juge à la liberté do l'instrument sous la conjonctive que l'on sectionne en dirigeant son tranchant en avant et un peu en bas, afin de ne donner au lambeau que 1 1/2 à 2''' de hauteur.

Dans un second temps, on fait l'excision de l'iris avec les ciseaux; dans un troisième, la capsule est ouverte par deux incisions qui, partant du bord inférieur de la pupille, montent, l'une vers son bord nasal, l'autre vers son bord temporal, jusqu'au voisinage de l'équateur supérieur du cristallin.

C'est alors que dans un quatrième temps, au lieu d'introduire la curette pour l'extraction du cristallin, il suffit d'exercer une pression méthodique extérieure sur le globe oculaire pour le faire sortir. Avec la curette, on presse sur la sclérotique pour rendre la plaie béante. La masse corticale se présente et le noyau s'engage; on en facilite la progression en faisant glisser doucement le dos de la curette sur la sclérotique, d'un angle de la plaie à l'autre, en remontant et en descendant alternativement. C'est la *manœuvre par glissement.*

La sortie s'opère très-bien quand il existe une couche abondante et molle de substance corticale; dans le cas contraire, il

faut la terminer avec le crochet mousse ou pointu, suivant la duroté de la cataracte. Mais il ne faut y recourir que devant l'impossibilité de l'expulsion, l'expérience ayant démontré qu'elle est moins dangereuse que l'emploi de l'instrument pour la rupture de la fossette hyaloïdienne.

Quand la substance corticale ne sort pas complétement, ce qui arrive fort souvent, et peut ainsi compromettre ou retarder la guérison, M. de Græfe, au lieu de la retirer dans un cinquième temps avec la curette, dont l'introduction répétée irrite les lèvres de la plaie et contusionne l'épithélium de la membrane de Descemet, attend que l'humeur aqueuse se soit reproduite en partie pour la faire sortir de nouveau, par de douces pressions circulaires sur les paupières. Si une tumeur hyaloïdienne fait hernie entre les lèvres de la plaie, il faut la ponctionner; si le corps vitré se présente, mieux vaut le laisser s'atrophier sur place que de le reséquer.

Sur les 69 premières opérations par ce procédé, dont 61 faites à l'hôpital, il n'y a eu qu'un seul insuccès. La pratique ultérieure n'a fait qu'en confirmer l'innocuité. (*Ann. d'oculist.*, juillet et août, et *Clin. ophthalm.*)

Suture de la cornée. — Voy. Ophthalmoscopie.

Curette-érigne. M. Martin a modifié la curette-levier de Critchett pour l'extraction du cristallin, en ajoutant à la face concave de l'instrument deux petites dents ou érignes, très-courtes et très-fines, protégées par la convexité, et se recourbant en crochet par la pression du doigt sur le manche de l'instrument. Par ce mouvement, elles s'implantent dans le noyau cristallinien, de sorte qu'il suffit de l'attirer horizontalement pour l'extraction de la lentille. (*Gaz. des hôp.*, n° 9.)

Cataracte molle. *Curette creuse.* Destinée à faciliter, à assurer l'aspiration, la succion du cristallin, selon la méthode de M. Laugier, cette nouvelle curette de M. Mathieu communique avec une tige tubulée et son manche, à l'extrémité duquel est fixé un tube de caoutchouc. La curette, appliquée sur le cristallin après l'incision, il suffit de faire une aspiration pour que la cataracte s'y fixe et puisse être entraînée sûrement; ou que, molle, laiteuse, elle passe dans le mancho de l'instrument. (*Acad. de méd.*, mars.)

CAUTÈRE. Pour remplacer le cautère actuel et tout son sinistre attirail, M. Bretonneau, pharmacien, fabrique de petits crayons de charbon qui s'allument et brûlent comme un cigare. La partie allumée est en incandescence sur une longueur d'un centimètre environ et se termine en pointe fine et régulière, quelles que soient la forme et la grosseur du crayon. Le crayon est assez résistant pour ne pas se rompre, ni laisser échapper de parcelles enflammées quand on l'applique perpendiculairement ; si on l'appliquait obliquement, sa résistance serait beaucoup moindre. Voici la formule qui a paru donner les meilleurs résultats :

Poudre de charbon léger. . . .	20 grammes.
Azotate de potasse.	1 50 centigr.
Gomme adragant.	5 grammes.
Eau.	24 —

On fait une masse pilulaire, qu'on roule en petits cylindres gros comme un crayon ordinaire et longs de 10 centimètres environ. Ces crayons donnent très-peu de cendre, on peut, du reste, l'enlever en soufflant dessus, et par là raviver la combustion. (*Répert. de pharm.*)

Tandis que la douleur résultant de la cautérisation du nitrate d'argent est diminuée par l'anesthésie localisée, plusieurs expériences prouvent que celle-ci est nulle contre la douleur du cautère actuel, celle de la galvano-caustique en est même exagérée. — Voy. Anesthésie.

CÉPHALÉMATOME. *Collodion.* Après une ponction préalable, dans le cas de tumeur volumineuse et datant de plusieurs jours, ou même sans autre préliminaire, M. Guinier étend une bonne couche de collodion pur, sur toute la surface de la tumeur en dépassant son pourtour de 1 ou 2 centimètres. En se desséchant, le collodion exerce une compression modérée et régulière sur la masse entière du céphalématome.

Le lendemain et les jours suivants, nouvelle application de collodion sur les couches précédentes. Bientôt la tumeur décroît, et sa diminution la sépare de la calotte de collodion qui la recouvre. Il est alors facile de détacher, au moyen de pinces et de ciseaux, cette lame de collodion desséché. On la remplace par un nouveau badigeonnage avec le collodion, et l'on renouvelle ce pansement quotidien jusqu'à disparition complète

do la tumeur qui arrive, en général, avant le quinzième jour.

Les nouveau-nés supportent très-paisiblement ces applications, malgré l'impression pénible du froid et l'action légèrement irritante du liquide employé. A peine quelques cris, facilement calmés par lo sein maternol, rendont compto de ce malaise passager. Lo plus grand inconvénient de co traitement est la chute des cheveux sur les points badigeonnés; mais ils repoussent rapidement après la cessation du remède, et il ne reste bientôt aucune trace de la maladie.

Ce procédé, employé à la cliniquo d'accouchement de la Faculté de Montpellier, sous la direction de M. le professeur Dumas qui, le premier, on a eu l'idée et l'a mise en pratique, paraît une fort ingénieuse application du collodion.

Elle permet, en effet :

1° D'exercer sur le céphalématome une compression modérée, complète, régulière et graduée, sans qu'il en résulte aucun malaise sérieux pour l'enfant, ni aucune dépression des os si flexibles du crâne.

2° D'obtenir uno guérison qui, dans les cas les plus graves, ne s'est pas fait attendre plus de quinze jours. (*Revue méd.*, mai.)

CERVELET. Tubercule. Chez un militaire observé par M. Bitôt à l'hôpital de Bordeaux, du 18 octobre 1865 au 6 janvier, que la mort survint, le phénomène principal, au début, était une céphalalgie continue, avec douleur sous-occipitale intense au-dessous de l'apophyse mastoïde gauche, augmentant à la pression, avec inclinaison de la tête en avant et à gauche, puis retentissement douloureux local aux mouvements de rotation. Œil gauche à demi fermé avec diplopie et élévation de la commissure labiale correspondante; déviation de la pointe do la langue à droite; tendance du malade à marcher de ce côté. Toutes les fonctions, l'appétit surtout, étaient normaux : mais successivement tous les symptômes augmentèrent, malgré un traitement local et général, et après une courte amélioration très-marquée sous l'influence de l'opium, la parole devint saccadée, entrecoupée, essoufflée avec nasonnement, passage des boissons et des aliments par le nez ot le larynx; une hyperesthésie cutanée et musculaire extrêmo se manifesta avec fourmillement, engourdissement aux extrémités supérieures, puis

au membre inférieur droit; tout le torse se fléchit à gauche, avec tendance marquée du malade à la supination.

L'autopsie montra un énorme tubercule cru, mesurant 5 centimètres dans ses trois dimensions, occupant l'hémisphère gauche du cervelet, beaucoup plus volumineux que l'autre et comprimant toutes les parties environnantes, notamment le bulbe rachidien et la protubérance, ainsi que la plupart des nerfs qui en émergent. M. Bitot, analysant en détail tous ces symptômes, les rapporte à cette compression déterminant la contracture par action réflexe ; il trouve surtout la confirmation de cette opinion dans l'efficacité merveilleuse, mais très-passagère, de l'opium ; d'où son indication expresse contre ces symptômes. Il en résulte aussi que le tubercule central de la substance blanche ne décèle pas sa présence par les symptômes propres, puisqu'il peut exister longtemps sans donner lieu à aucun phénomène appréciable. Il ne révèle, il n'annonce sa présence qu'à partir du moment où il fatigue, il comprime les organes excitables de son voisinage.

Diagnostic différentiel. L'obscurité que cette affection présente au début a fait chercher à la distinguer, surtout avec celles des autres parties de l'encéphale. M. Bitot remarque qu'on n'a jamais cherché à la distinguer de la tumeur blanche de l'occipital et des deux premières vertèbres cervicales, avec laquelle elle offre une grande similitude ; mêmes symptômes généraux et locaux : douleur vive à la région sous-occipitale, augmentant à la pression du doigt, et la rotation de la tête ; déviation de la tête, trouble de la respiration, de la parole, de la déglutition, de la locomotion, de la sensibilité ; état fébrile avec exacerbations ; phénomènes pneumophymiques. Or, la tumeur blanche présentant quelques indications particulières et capitales, comme la contension de la tête, les révulsifs à la nuque, il est important de ne pas les confondre avec celle-ci, où l'emploi du séton et d'un vésicatoire *loco dolenti* a été plus préjudiciable qu'utile. (*Arch. de méd.*, mai.)

CHALEUR. *Théorie dynamique de la chaleur dans les sciences biologiques*, par M. le docteur Onimus. Brochure in-8° de 88 pages Librairie *Germer Baillière*.

Travail neuf et original, montrant l'action dynamique de la chaleur et du froid en thérapeutique, celle de la saignée, des

acides et des bases de l'alcool. Des vues toutes nouvelles résultent de ces considérations.

CHAMPIGNONS. *Amanitine.* M. Letellier donne ce nom au principe vénéneux du genre Agaric, section des Amanites. Il est narcotico-alcalin, fixe, incristallisable et ne précipite que par l'iode ou le tannin. Les vomi-purgatifs huileux additionnés et suivis d'une décoction de tannin très-concentrée serait le meilleur traitement à opposer à l'empoisonnement par ces champignons. (*Acad. de méd.*, mars.)

CHIRURGIE. *Reports on the extent and nature of the materials available for the preparation of a medical and surgical history of the rebellion.* Matériaux pour servir à l'histoire médico-chirurgicale de la guerre des États-Unis d'Amérique, par J. K. Barnes, chirurgien général de l'armée.

En portant sur un total de 87 822 cas de chirurgie, classés et analysés selon leurs résultats, ces travaux sont pleins d'enseignements sur les plus graves opérations de la chirurgie militaire. M. le docteur Merlin, en en donnant la traduction sommaire dans les *Annales de médecine navale*, juin et juillet, permettra de comparer ces résultats avec ceux des guerres européennes récentes. Malheureusement ces données ne sont pas toujours complètes, et ces importants matériaux ne peuvent servir ainsi que comme renseignements.

Clinical surgery in India, par J. Fayrer, chirurgien de l'armée du Bengale et professeur de chirurgie au collége de Calcutta. Un vol. de 774 pages. Londres.

Résumé analytique et statistique des opérations pratiquées par l'auteur, avec la comparaison des résultats des différents centres. Ainsi, tandis que les amputations n'ont donné qu'une mortalité de 10 pour 100 dans le Bengale, la proportion en a été de 50 à Calcutta, de 15 dans le nord-ouest et les provinces centrales, et de 27 dans Punjab. La taille, la kélotomie et la plupart des autres opérations offrent les mêmes différences signalées dans ce volume.

Traité du diagnostic des maladies chirurgicales, par Em. Foucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, etc. Tome Ier, première

partie. Un volume in-8° de 420 pages et figures intercalées dans le texte.

Instruments de caoutchouc pour l'application du froid. — Voy. Froid.

CHLOROFORME. *Mort apparente.* Contre cet accident redoutable survenant pendant la chloroformisation, la *Société de chirurgie de Paris* consultée s'est montrée divisée sur son mode de production. Suivant MM. Bouvier, Chassaignac et Lefort, elle arrive par asphyxie, M. Perrin soutenant au contraire qu'elle a lieu par syncope. De là la différence des moyens à employer pour rappeler la vie. MM. Boinet et Demarquay ont vanté l'insufflation directe et de bouche à bouche. Si par son emploi instantané ce moyen peut avoir du succès, il faut toujours y joindre la respiration artificielle par des mouvements alternatifs du thorax que M. Labbé a vu réussir constamment sur les animaux et quelques malades. La faradisation du diaphragme à l'aide de courants interrompus, combinée avec la pression rhythmique des parois du ventre, est un excellent moyen ; mais comme l'insufflation directe avec la canule laryngienne et le soufflet, vantée par M. Perrin, elle demande du temps pour être exécutée, et ce temps est si précieux que ce serait s'exposer à un malheur que de le perdre sans recourir aux moyens précédents.

En reconnaissant à l'unanimité l'action primitive du chloroforme sur l'appareil pulmonaire, on s'est accordé à proclamer que s'il se manifestait des phénomènes d'asphyxie, c'était toujours en définitive par syncope que la mort arrivait dans ce cas, suivant les études de M. Perrin sur les morts subites. —Voy. ce mot, *année* 1864.

Suppression de tout danger dans son emploi. La science est encore dans l'erreur, selon le docteur Ferran, en croyant que les anesthésiants agissent sur le poumon ; ils n'y produisent que l'asphyxie plus ou moins dangereuse du sujet ; mais le véritable effet d'insensibilité ne provient que de leur action sur le cerveau, où ils parviennent par l'organe olfactif.

Voici l'expérience démonstrative qu'il en donne.

On introduit dans la trachée-artère d'un sujet une sonde prolongée par un conduit de caoutchouc, permettant de prendre, à un point éloigné, l'air de sa respiration.

Toute l'arrière-bouche et les fosses nasales étant tamponnées avec de la charpie fine mouillée, on introduit dans les narines deux tubes contenant de la charpie imbibée de chloroforme, dont la dose ne signifie rien. Les narines doivent être serrées autour des tubes pour qu'il n'y ait pas déperdition au dehors.

En quelques minutes (7 à 8 pour un lapin), l'anesthésie commence à se produire, et l'on peut la faire durer, *pendant deux heures*, sans le moindre danger pour le sujet, qui continue à respirer aussi normalement que pendant le sommeil naturel, de même que le cœur continue à battre régulièrement.

Dix à quinze minutes après qu'on a retiré le chloroforme, le sujet se réveille, comme de son sommeil naturel, et sans incommodité aucune, qu'elle qu'ait été la durée de l'expérience. Seulement, si on la prolonge, il est bon de renouveler le chloroforme.

L'emploi du chloroforme faisait courir des dangers qui dès lors n'existent plus. (*France médic.*)

Chloroforme chez les mourants. Dans son ardeur à l'employer envers et contre tout, M. Bullar, renouvelant une proposition faite autrefois sous le nom d'*enthanasie*, et consistant à plonger les agonisants dans une demi-éthérisation pour leur ménager les souffrances inséparables du passage de la vie à la mort, cite une dame de quatre-vingt-deux ans qui, pendant les dernières semaines de sa vie, dut à la chloroformisation intermittente un calme profond et exempt de danger, tandis que l'opium, précédemment employé, ne procurait d'assoupissement qu'en congestionnant le cerveau. (*British med. Journ.*, juillet.)

On ne saurait approuver une telle pratique que par exception, contre des souffrances vives, intolérables. L'époque de la mort, si assurée et prochaine qu'elle paraisse, n'est jamais certaine. Le Code pénal français, d'accord en cela avec les sentiments qui doivent guider les actions de tout médecin consciencieux sont là pour réprimer une telle pratique, dit M. le docteur Lespiau. (*Abeille médic.*, n° 34.)

Das Chloroform (Le chloroforme), par le docteur Sabarth, in-8° de 276 pages, Würtzbourg. Histoire résumée, concise et

fidèle do tout ce qui se rattache à cet agent puissant et merveilleux, comme anesthésique et comme médicament. Cette monographie mérite ainsi les honneurs d'une traduction française, notre littérature ne possédant pas un précis aussi complet.

CHOLÉRA. Étiologie. Interne à l'hôpital Lariboisière du service des cholériques, M. Stoufflet a résumé dans sa thèse inaugurale les remarques faites à ce sujet, remarques qui, en se généralisant, pourraient servir à élucider le point si important de la cause du redoutablo fléau.

Sur 524 malades observés, 461 venaient de l'extérieur, dont voici le dénombrement :

Atteints d'affections aiguës.	21	12 morts.
— chroniques.	52	27 —
Dérangements intestinaux.	25	13 —
Ivrognes abrutis.	86	50 —
Malheureux (alimentation insuffisante).	33	» —
Défaut d'acclimatation	95	» —
Femmes enceintes.	18	10 —
Nouvelles accouchées.	3	3 —
	333	115

En trouvant ainsi une cause prédisposante au choléra dans presque les trois quarts des cas, M. Stoufflet n'a pu vouloir exclure la contagion, car il est prouvé que les personnes affaiblies, valétudinaires, déprimées par les maladios, la misère ou l'ivrognerie, y sont plus assujetties que des personnes en bonne santé. On ne saurait donc se prévaloir de ces causes, comme l'a fait M. A. Després. Il est juste d'en tenir compte pour résoudre le problème, ce que l'auteur n'a pas fait.

Le choléra à l'hôpital Lariboisière en 1865, dans ses rapports avec les autres maladies, par le docteur Stoufflet, 187 p. in-8°.

Contagion. Sur 37 enfants cholériques traités par M. Barthez à l'hôpital Sainte-Eugénio, 14 appartenaient à des familles où le choléra avait déjà fait d'autres victimes ; 11 avaiont perdu leur mère, 1 l'avait très-malade, 2 avaient perdu leur frère. Plusieurs fois on a amené en même temps à l'hôpital 2 ou 3 enfants, frères ou sœurs, atteints de choléra et dont la mère venait de succomber à la mêmo maladie.

Deux nourrices de la Ferté-Loupière furent atteintes peu

après leur retour de Paris; l'une succomba et toutes deux perdirent leur nourrisson et un de leurs propres enfants.

Dans la première section de l'arrondissement de Joigny, un convoi de nourrices quitte Paris le 7 novembre, arrive le 8, et déjà le nourrisson de la femme Girard était mort. Dans la nuit même, la nourrice et ses enfants sont atteints et meurent, puis, la tante de la nourrice, qui l'avait soignée, succombe aussi avec un autre enfant. (*Soc. méd. des hôpit.* et *Union méd.* nº 9.)

Il résulte du rapport officiel du docteur Swinburne, médecin du port de New-York, qu'il fut importé dans cette ville en 1865 par des navires anglais, partis du Havre et transportant des émigrés allemands qui avaient séjourné à Paris lorsque l'épidémie y sévissait dans sa plus grande intensité. Plusieurs victimes au Havre même et surtout pendant la traversée donnent un grand crédit à cette version. (*Union méd.*, nº 33.)

Lettres sur la contagion du choléra-morbus indien, par le docteur Rousseau d'Épernay. Expression d'une foi profonde sur la contagiosité du choléra basée sur de nombreux faits décisifs, ces *Lettres* font contre-poids aux brochures anticontagionnistes. Partout s'élève ainsi avec une égale véhémence le pour et le contre des faits et des opinions sur ce sujet. Strasbourg, appelé à décider cette question dans son Congrès, est de même partagé. M. Eissen, rédacteur en chef de la *Gazette locale*, affirme sans ambages la contagion, tandis que M. Willemin, non moins autorisé, affirme le contraire. Entre ces deux opinions contradictoires, qui doit décider des mesures sanitaires préventives et du traitement à employer, qui prononcera?

Le choléra dans les hôpitaux civils de Marseille pendant l'épidémie de 1865, par M. le professeur Seux. 1 vol. in-8º de 148 pages, avec tableaux statistiques et observations. Une esquisse de la marche en montre l'importation évidente dont le froid et impartial observateur se déclare franchement le défenseur, d'accord avec la plupart de ceux qui en ont été les témoins. Ceux-là qui s'en sont formé une opinion à distance, d'après les documents, diffèrent à peu près seuls à cet égard.

M. Périer n'est pas moins affirmatif pour l'épidémie d'Algérie, et les faits qu'il rapporte sont si clairs et décisifs qu'ils ne laissent pas subsister le moindre doute à cet égard.

L'invasion est nettement dessinée par l'arrivée de détachements d'infirmiers ayant traversé Marseille du 20 août au 10 septembre. Réunis, encombrés à la Salpêtrière, ils forment un foyer morbide qui ne tarde pas à éclater et à rayonner. Plus tard, l'arrivée du bataillon étranger, malgré les précautions prises au camp de l'Aouch-Bridja, confirme cette importation par l'atteinte de quelques hommes du 77e, chargés de le garder, et bientôt celle en masse de ces futurs soldats étrangers.

En niant l'importation et en traitant *Des causes essentielles qui ont présidé au développement de cette épidémie* (brochure grand in-8° de 100 pages), M. Didiot, médecin principal des hôpitaux militaires, fournit la contre-partie et comme l'argumentation, la critique du travail précédent. Fondé sur la météorologie et la statistique, il insiste surtout sur la constitution médicale pour en démontrer les caractères et les effets, en leur attribuant le développement de l'épidémie, et à l'appui de cette opinion, il discute la date de l'apparition des premiers faits, interprète leur signification, et tandis que la clinique forme la base du mémoire de M. Seux, elle est totalement absente de celui-ci. Rien de bien étonnant, dès lors que, partis de points de vue opposés, ayant suivi des voies différentes, ces deux auteurs soient arrivés à des conclusions contradictoires. C'en est là trop souvent le secret quand elles émanent d'hommes sincères et honorables, mais peut-être également prévenus.

Rapport sur les questions du programme relatives à l'origine, l'endémicité, la transmission et la propagation du choléra, fait à la conférence sanitaire internationale de Constantinople, par M. le docteur Fauvel, délégué du gouvernement français. Brochure in-4° de 83 pages; Constantinople et Paris.

Expression des délibérations longues et répétées des délégués envoyés par tous les gouvernements européens à Constantinople, pour discuter et éclairer les différentes questions pratiques propres à prévenir et atténuer le fléau, ce travail peut être considéré comme un document officiel. Aussi les conclusions doivent-elles en être regardées comme l'expression la plus vraie de ce que l'on sait aujourd'hui de cette redoutable maladie.

Aperçu historique des épidémies de choléra-morbus et de fièvre jaune en Portugal, de 1833 en 1865, déposé à la Conférence

sanitaire internationale de Constantinople par le délégué portugais, le docteur Bernardino Gomes. Nouveau témoignage irrécusable, car il repose exclusivement sur des faits, dans le procès qui s'instruit contre le fléau ; il dépose en faveur de la contagion directe, immédiate, personnelle. Écrit en français, il fournit aux partisans, comme aux adversaires de cette doctrine, des preuves convaincantes à ce sujet.

Sur la contagion en général et en particulier du mode de propagation du choléra-morbus et de sa prophylaxie, par M. le docteur Bonnet, de Bordeaux, brochure de 55 pages in-8°. Plaidoyer disert sur la nature infectieuse du choléra, réfutant les raisons produites en faveur de la contagion, notamment dans la dernière épidémie de Marseille. Contrairement à certains esprits systématiques qui, à défaut de pouvoir ruiner les opinions, les doctrines adverses, les passent sous silence, M. Bonnet ne craint pas de les prendre corps à corps, mais sans pouvoir toujours les terrasser, les détruire. Cette pièce mérite ainsi de figurer dans l'enquête qui se poursuit actuellement sur ce sujet.

Appendice au choléra de Toulon de 1836 à propos de l'épidémie de Marseille en 1865, par le docteur Martinenq, 215 pages in-8°. « Pour cet auteur, notre atmosphère a moins de puissance vivifiante qu'autrefois, il a même, dans ce moment-ci, un pouvoir altérant relatif qu'il n'avait pas quand il était mieux en rapport avec nos organisations qu'il ne l'est ; les causes infectieuses altérantes, locales ou individuelles, s'unissant à elle pour détériorer notre organisme, y parviennent à des époques et dans des circonstances données, et la maladie, sinon la mort, en est la suite. Voilà l'histoire et les causes du choléra ; et il lui semble que cette façon de penser est plus scientifique, plus satisfaisante et plus vraie que ces opinions restreintes, limitées à quelques faits, et insuffisantes, qui naissent de l'observation terre à terre des phénomènes généraux qui s'offrent à nous en tout temps et en tous lieux. Tout ce qui précède se réduit à ceci : un homme, par des excès, par un défaut d'hygiène, par l'inspiration surtout d'un air impur, est *prédisposé* à la maladie ; le milieu altérant dans lequel nous vivons aujourd'hui augmente cette prédisposition, et quand le degré de cette *prédisposition* a atteint certain point, la maladie

se déclare — parce que l'agrégat organique a été conduit aux limites des combinaisons matérielles pouvant permettre le mouvement vital — avec certains symptômes auxquels nous avons donné le nom de cholériques, parce qu'ils ressemblent à ceux qu'on observe sur les bords du Gange, et auxquels cette épithète a été imposée : voilà tout, et avec cela, dit-il, je comprends et j'explique tout, tout ! sans exception. Qu'une *autre vue* théorique en fasse autant ou mieux, et je ne serai pas le dernier à l'accepter. »

Telle est la profession de foi anticontagionniste de M. Martinenq. Nous l'avons citée en entier pour mieux en faire apprécier la valeur, et c'est avec des armes de cette portée que, prenant une à une les propositions et les preuves contagionnistes absolues de MM. Grimaud et Worms notamment, il les examine, les combat à outrance, sans merci, et dresse un véritable réquisitoire contre leurs auteurs. Son argumentation est vive, pressante, serrée. Il discute les faits affirmatifs et leur oppose des observations contraires ; aux expériences de MM. Thiers et Robin, il oppose celles de M. Villemin, et l'exemple de M. Axenfeld se faisant une piqûre anatomique sur un cholérique et contractant tout autre chose que le choléra. Les résultats des recherches microscopiques sur les déjections des cholériques lui semblent incertains, contradictoires, quant à la contagion, sans rien pour la justifier.

Enfin, il faut citer *l'Examen théorique et pratique de la question relative à la contagion et à la non-contagion du choléra*, par M. Cazalas, inspecteur général du service militaire de santé. Publiée *in extenso* dans l'*Union médicale*, cette longue disquisition ne saurait être analysée. Elle n'affaiblit ni ne détruit les exemples de contagion qu'elle tend à réfuter, l'interprétation seule en diffère. Ce n'est donc qu'une dispute inconciliable entre les auteurs. D'ailleurs, pour être complet sur ce sujet, il faudrait signaler bien d'autres productions, notamment la réponse de M. le docteur Calvy aux deux précédents auteurs ou plutôt la réfutation topique de leurs assertions (*Union méd.*, n°s 87 et 89). Mais, avec toutes ces citations, la question n'en serait pas plus avancée, chacun gardant son opinion. Aux faits seuls, aux observations de la résoudre.

Orages. Leur coïncidence avec l'apparition du fléau a été

confirmée à Paris en 1866. Mais comme ils ont également coïncidé avec sa disparition, M. Chauffard en conclut qu'en disséminant les miasmes morbides, ils peuvent faire éclater la maladie ici en les y portant et la faire disparaître là en les balayant (*Soc. méd. des hôpit.*, juillet.)

Notice sur l'épidémie cholérique de 1865, 48 pages grand in-8°, avec la carte de la marche générale de l'épidémie concentrée dans le bassin de la Méditerranée. Paris.

C'est la rose des vents sous les yeux, qu'en vrai médecin naviguant, M. le docteur Jobert étudie la pathogénie du choléra. Il en formule l'étiologie dans cette loi unique : L'infection cholérique a lieu dans un pays quand il est au calme du temps, et l'intensité de l'infection quand ce pays reste sous ce calme. Doctrine toute physique, météorologique, qu'il tend à justifier, à accréditer, mais sur laquelle il y aurait danger de s'étendre, crainte de s'y perdre, tant elle paraît nébuleuse comme tant d'autres.

Sémiologie. La division du choléra en six degrés: diarrhée simple, cholérine, choléra léger, choléra algide peu accentué, choléra algide curable, choléra algide incurable, nous semble sans grande utilité, car, M. Seux le reconnaît lui-même, tous ces degrés se transforment. Un cas simple s'aggrave, un choléra incurable en apparence guérit ; celle de M. Périer en cinq formes en démontre aussi l'instabilité. Si, au point de vue clinique, ces distinctions ont quelque importance, elles en sont dépourvues quant au traitement et au résultat final.

Diarrhée prémonitoire. Dans son excellent rapport sur le choléra de 1865 observé à l'hôpital Saint-Antoine, M. le docteur Mesnet fait une distinction capitale à ce sujet. Sur 213 malades, 140 seulement sont comptés comme ayant présenté ce signe que d'autres donnent comme à peu près constant pour en faire le signe avant-coureur du choléra. Cette différence s'explique par ce que l'auteur, se conformant à la saine interprétation des faits, n'a fait entrer dans ce nombre que le flux intestinal ayant précédé les crampes de dix à douze heures au moins. Prévenir, avertir, suppose le temps à l'action médiatrice de combattre, sinon conjurer le danger. Si l'on applique ce titre à toute selle précédant de quelques heures seulement les crampes et la

cyanose pour en montrer la constance, il perd sa signification, c'est une expression du mal lui-même. (*Archives de médecine*, février.)

La diarrhée, véritablement prémonitoire, séreuse, indolore, se manifestant isolément en l'absence de tout autre symptôme durant un certain temps, a aussi manqué dans bon nombre de cas dans le service de M. Seux à Marseille. Elle ne se déclarait qu'après les vomissements ou simultanément et seulement deux ou trois heures avant l'algidité, comme deux exemples pris chez une enfant et un vieillard en sont la preuve. Qu'elle manque surtout au début et au maximum du fléau dans les cas graves, comme si l'intensité de son action ne donnait pas le temps à cette sécrétion de s'établir, ce que semble justifier la plus grande mortalité proportionnelle observée à cette période, il n'en est pas moins constaté une fois de plus que ce signe important, soi-disant infaillible, manque assez souvent, ce que l'épidémie de 1865 aura surtout contribué, ici et là, à faire ressortir.

En parlant de ce signe, qui se serait montré dans *tous les cas*, M. Caradec néglige d'en indiquer la durée et la nature précises. Il dit seulement que, «plus elle comptait de jours, plus il y avait de guérisons; plus, au contraire, elle était récente, plus il y avait de morts». (*Le choléra à Brest.*) L'urgence d'en connaître la durée précise ressort d'autant mieux, car M. Seux aussi l'a observée dans tous les cas, mais en variant de quelques jours à quelques heures. Une contradiction apparente peut ainsi se changer en accord parfait. Il ne s'agit que de s'entendre.

Elle a manqué dans bon nombre de cas à Paris en 1866; MM. Féréol, Moutard-Martin, Guérard, Raynaud, Hérard, en ont observé des cas (*Soc. méd. des hôp.*, juillet). Ainsi se confirme de plus en plus son inconstance.

Diarrhées cholériformes. Employé dans 19 cas dans le service de M. Boys de Loury à Saint-Lazare, le perchlorure de fer a eu un résultat satisfaisant sous la forme suivante :

℞ Perchlorure de fer liquide	30	gouttes.
Eau distillée	150	grammes.
Sirop simple	45	—

Par cuillerées à bouche dans la journée. (*Gaz. des hôp.*)

Température interne. Dix expériences faites par M. Charcot

sur des vieillards cholériques de la Salpêtrière, en introduisant un thermomètre dans le rectum, ont donné un minimum de 36°,2 et un maximum 40°,8. Les chiffres de 37° à 38° ont été les plus ordinaires, ce qui vient à l'appui de cette opinion, de plusieurs observateurs, que le refroidissement reste superficiel même dans la période algide et ne s'étend pas aux parties centrales. (*Gaz. méd.* n° 11.)

De la revue des symptômes faite par M. Caradec, ressort ce fait curieux de la température basse et froide de l'urine lors de son extraction par le cathétérisme durant la période de réaction. Quel en était au juste le degré? L'auteur n'a pas employé, à son grand regret, le thermomètre pour répondre avec précision, et la critique doit le constater, ces indications vagues sont le défaut commun à ses autres observations. Si la précision mathématique échappe à beaucoup de faits cliniques, soumettons-y du moins ceux qui y sont applicables ; ce sera toujours autant de gagné.

Convulsions. Signalées par les auteurs allemands dans quelques observations, elles ne l'avaient pas été jusqu'ici en France. M. Anger les a observées dans trois cas à l'hôpital Beaujon et M. Legros plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu. Toujours, c'est pendant l'agonie qu'elles apparaissent, aussi bien dans l'algidité que dans la réaction. Les yeux roulent dans les orbites et se cachent sous les paupières supérieures. Un tremblement fibrillaire envahit les muscles de la face. Les contractions spasmodiques gagnent les membres. Toutes les parties du corps sont agitées de petits mouvements convulsifs, rapides et saccadés de trente à quarante secondes de durée, se succédant rapidement sans que le visage change notablement, ni larmoiement, ni bouffissure. Ces accès diminuent d'intensité à mesure que le terme fatal approche.

Assimilées à l'éclampsie par les auteurs allemands, ces convulsions ont été rapportées à l'empoisonnement urémique. M. Anger repousse cette identité. Il n'a pas observé la congestion de la face, le larmoiement, l'écume à la bouche, le coma profond ni la respiration stertoreuse propre à l'éclampsie. Il les attribue ainsi plutôt à un arrêt de la circulation encéphalique, que ce soit par une lésion des nerfs vaso-moteurs comme le veut M. Marey, ou par une altération des éléments du sang, car elles ressemblent beaucoup aux accidents convulsifs succédant aux hémorrhagies. (*Gazette des hôpitaux*, n° 30.)

Note sur la période de réaction consécutive à l'accès du choléra épidémique, par M. Worms, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou. Attribuant la somnolence et le coma, qui succèdent à la période de réaction, à un épanchement séreux intra-cérébral gênant le retour de la circulation encéphalique, M. Worms, pour en activer la résorption, emploie topiquement sur le frontal, rasé au besoin, la mixture suivante :

℞ Alcool camphré.	150	grammes.
Ammoniaque liquide. . . .	20 à 25	—
Infusion d'arnica.	100	—
Chlorhydrate d'ammoniaque. . .	45	—

Mêlez.

Ceci sans préjudice des autres révulsifs usités.

Excrétions. Par l'analyse chimico-microscopique des déjections alvines et vomies, M. F. Papillon a réfuté l'assimilation de ces matières au suc pancréatique faite par M. Baudrimont (*Académie des sciences*, 1865). Il n'a pu les émulsionner avec la graisse ; toujours celle-ci s'est séparée au filtrage. Elles se sont montrées constamment neutres. Le seul point de ressemblance est dans la présence commune d'une assez forte proportion de chlorure de sodium. Il n'y a pas trouvé davantage la diastase signalée par M. Baudrimont.

Les différences chimico-physiques de l'albumine obtenue du sang des cholériques avec l'albumine ordinaire sont des plus remarquables. Ainsi mise au contact de l'eau pendant quatre jours, elle n'a éprouvé ni hydratation, ni gonflement, tandis que l'autre, si elle ne se dissout pas, se gonfle considérablement. Elle ne se dissout dans la potasse et la soude qu'à une température élevée, tandis que celle-ci s'y dissout rapidement à froid.

Chauffée avec l'acide chlorhydrique, elle ne s'y dissout que lentement en produisant un violet pâle, tandis que l'autre donne un violet foncé. Elle ne décompose pas rapidement comme celle-ci, à la température ordinaire, un mélange d'acide nitrique et sulfurique avec vapeurs rutilantes d'hyponitride. Enfin au lieu de se dissoudre en noir, de se carboniser par l'acide sulfurique, elle ne se déshydrate qu'à la longue. Ces différences sont donc aussi capitales que faciles à constater. (*Journal d'anatomie et de physiologie*, n° 2.)

Glycosurie. C'est dans la période réactionnelle qu'elle se manifeste, d'après les récentes recherches de M. Gubler, et non

dans la périodo asphyxiquo avec l'albumine et l'indigose comme il l'avait cru. Dès que la réaction se prononce au contraire, celles-ci disparaissent pour faire place à celle-là. Au bleu indigo que donnait l'acide nitrique succède le violet. C'est alors que la matière ternaire apparaît dans un grand nombre de cas. Elle est même constante dans toutes les réactions franches et vives, quand les sujets ont l'aspect fébrile et qu'une tendance éruptive se manifeste.

La glycosurie se caractérise ainsi au fur et à mesure que décroît l'albumine et, finalement, les urines, exemptes de substance coagulable, ne montrent plus que la matière sucrée dont la proportion peut s'élever à plusieurs grammes par litre.

Ainsi, dans la période d'algidité et de cyanose, l'urine entraînerait seulement de l'albumine et de l'indigose, analogue au bleu d'aniline. Dans une phase intermédiaire, on verrait coexister la matière protéique avec la substance sucrée. Enfin, dans la réaction confirmée et avancée, le sucre passerait seul dans la sécrétion urinaire.

Urocyanine. Cette matière colorante bleue, découverte par Braconnot dans l'urine, et qui y existe à l'état normal et pathologique, a été trouvée surtout abondante par M. Roucher, pharmacien militaire, dans les urines des cholériques et dans des cas même de cholérine simple. On l'en sépare par les acides alcoolisés et ensuite avec le chloroforme qui l'isole du liquide (*Mém. de méd. milit.*, n° 80). Cette abondante proportion ne tient-elle pas simplement à la rareté et la densité des urines dans le choléra plutôt qu'au fait pathologique?

Doctrine stœchiologique du choléra d'après les travaux récents; thèse inaugurale par le docteur Papin Ruillier-Baufond. Exposé de toutes les altérations connues, déterminées jusqu'ici, des principes immédiats de l'économie, solides et liquides. (Librairie *Germer Baillière.*)

Mortalité. *Grossesse.* En présence de la grande mortalité qui s'est montrée à Paris sur les femmes enceintes ou en couches, M. Besnier, dans son rapport sur les maladies régnantes, regarde comme un impérieux devoir, dans les épidémies ultérieures, de fermer les hôpitaux où l'on a reçu des cholériques à ces femmes, ou de refuser des cholériques dans les hôpitaux que l'on désignera pour recevoir les services d'accouchement. *Soc. méd. des hôp.*, octobre.)

L'examen de la mortalité à Londres a donné les résultats suivants :

Époque de l'épidémie.	Durée.	Mortalité.	Proportion.
1832-1833.	47 semaines .	6 729	4,4 p. 1000
1848-1849.	54 —	14 573	6,2 —
1853-1854.	54 —	11 565	4,5 —
1866.	15 —	4 902	5,6 —

(*Lancet*, octobre).

Si l'action fatale du fléau semble diminuer d'après ce tableau, cette conclusion n'est pas rigoureuse, car d'une part, les tables de mortalité n'existaient pas en 1832 et la statistique des decès est tout à fait incomplète, d'autre part l'épidémie n'a pas encore complétement cessé en 1866 et l'on ne peut en connaître exactement le nécrologe. Cette statistique est donc inexacte à ces deux termes, et l'habitude de nos voisins à se servir de ce moyen en toutes choses, de réduire tout en chiffres, a pu seule leur faire prendre pour une solution et donner comme telle ce qui n'est qu'un simple aperçu.

Traitement. *Affusions froides.* C'est principalement contre l'éréthisme, l'état nerveux représenté par les crampes, la cardialgie, l'anxiété et l'oppression thoracique, le hoquet, l'agitation, etc.; et, en second lieu, l'algidité compliquée ou non de symptômes nerveux, que M. Bouley les dirige. Sur 64 cholériques entrés dans son service à l'hôpital Necker, du 15 juillet au 20 août, 12 ont été soumis aux affusions, 7 ont guéri, 5 sont morts. Presque constamment une élévation de température constatée thermométriquement dans l'aisselle s'en est suivie; tous les phénomènes nerveux ont été amendés et, quand la marche de la maladie a permis de répéter ces affusions trois ou quatre fois, les malades ont guéri. (*Gaz. hebd.*, n° 40.)

Médication saline. — M. Moissenet désigne sous ce nom une médication à laquelle il a eu particulièrement recours pendant cette épidémie, sans exclusion d'ailleurs des autres agents thérapeutiques qui peuvent être indiqués. Cette médication est instituée de la manière suivante :

Après le vomitif, un bain chaud additionné de :

Moutarde.	2 kilogrammes.
Sel gris.. , ...	3 à 4 —
Sous-carbonate sodique.	250 grammes.

Après le bain, petite potion composée de :

Eau pure	90 à 100 grammes.
Chlorure de sodium.	4 grammes.
Sirop.	30 à 45 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.	15 grammes.
Ou essence de menthe anglaise.	1 goutte.

Quelquefois cette potion est préférée sans sucre; on la donne par cuillerées à bouche, d'heure en heure, soit entre deux morceaux de glace, soit dans une plus grande quantité d'eau froide; elle est souvent renouvelée deux fois dans les vingt-quatre heures.

En même temps, et dans les intervalles, M. Moissenet autorise, à discrétion, l'eau pure, l'eau de Seltz, l'eau de Vichy, ou bien une tisane additionnée de 2 grammes de bicarbonate de soude par pot. De plus, matin et soir, un lavement dans lequel on fait dissoudre 30 à 40 grammes de chlorure de sodium. Cette médication est continuée même après la réaction, jusqu'à ce que l'on ait obtenu la conversion des selles blanches ou rouges en selles bilieuses.

Statistique : 44 cas décomposés en 26 graves, 12 moyens, 6 légers; 11 décès seulement, 33 guérisons.

Combinée ou non avec le vomitif et les purgatifs ordinaires, la médication saline a semblé diminuer beaucoup les dangers de la réaction.

Cette médication agit souvent elle-même comme les purgatifs salins à dose fractionnée, et, comme telle, elle est cholagogue. Mais elle doit avoir un autre mode d'action plus important encore. Serait-elle antiseptique ? Rendrait-elle au sang les éléments salins qu'il perd avec son sérum par le fait de l'hypersécrétion séreuse des voies digestives, et rétablirait-elle ainsi artificiellement l'oxygénation du sang si profondément troublée par l'empoisonnement cholérique? Quelle que soit la valeur de ces théories, la médication salée semble aujourd'hui, d'après les nouveaux essais à Lariboisière, devoir être signalée comme vraiment utile et digne d'être expérimentée sur une plus vaste échelle. (*Soc. méd. des hôp.*, octobre.)

Nitrate d'argent. — M. Isambert signale les bons résultats qu'il a obtenus des lavements de nitrate d'argent donnés dans quelques cas, et qui ont très-rapidement modifié la couleur des selles. « Il semble, dit-il, que l'on détermine ainsi une action

réflexe sur le foie, et les selles à couleur bilieuse remplacent les selles blanches, riziformes. »

Acide arsénieux. Préconisé par M. le docteur Cahen le premier, dans son service de l'hôpital Rothschild, durant l'épidémie de 1865, ce médicament semble avoir continué à donner des résultats étonnants entre ses mains en 1866. Sur 38 malades entrés, du 16 juillet au 30 septembre, 8 seulement sont morts. Mais il convient de défalquer 11 cas légers où l'arsenic n'a pas été donné avec suite, car, suivant le médecin israélite, il convient surtout contre l'algidité. C'est donc 27 malades seulement, soit uno mortalité de 30 pour 100, bien inférieure à celle qui a eu généralement lieu dans tous les hôpitaux.

Dans son service du chemin de fer du Nord comme dans sa clientèle. la proportion est encore plus favorable. Si les mêmes résultats n'ont pas été obtenus par d'autres médecins, il l'attribue à ce que la dose a été trop faible et que le traitement n'a pas été suivi comme il l'a formulé. Administration de 1 à 2 grammes d'ipéca dès que le malade est couché dans un lit chaud et aussitôt que les vomissements laissent un instant de repos, on lui fait prendre, avec de la glace, un granule do 2 milligrammes d'acide arsénieux jusqu'à concurrence de 20, 30, 40 milligrammes ou plus dans les vingt-quatre heures. Jamais aucun accident n'en est résulté. Et comme preuve qu'il est absorbé, c'est que les premièros urines rendues par le malade en contiennent. (*Union médic.*, n° 128.)

Tel est, comme le testament du digne et savant médecin israélite sur cette médication spéciale, car à peine l'avait-il écrit, qu'il a été subitement ravi à la science et à ses nombreux amis.

Spécifiques. Leur inanité est démontrée par des expériences négatives faites par M. Lespiau, médecin militaire, avec les suivants :

Sulfate de quinine. Vanté par M. Armand, d'après son observation en Cochinchine (voy. *année* 1865). Or, dans le même hôpital, M. Lespiau déclare qu'ayant eu à soigner des accès pernicieux cholériformes, le sulfate do quinine avait réussi dans beaucoup de cas à enrayer le retour des accès, mais qu'ayant traversé une épidémie do choléra, dégagé de toute complication paludéenne au mois de décembre 1863, pendant l'expédition de

Bien-hoà, ce remède donna 15 *décès* sur 20 *malades* atteints de choléra bleu, dont la marche fatale ne fut pas même enrayée.

Mélange d'huile et de vinaigre. 90 grammes d'huile d'olive pour 30 grammes de vinaigre de vin avaient été annoncés comme spécifique par deux médecins de Cannes, sans doute pour faire écouler les produits du pays. Expérimenté sur deux militaires atteints du choléra bleu entrés à l'hôpital du Gros-Caillou, ce mélange n'a nullement provoqué la réaction comme le soutenaient leurs auteurs; les deux cholériques sont morts dans l'algidité. L'insuccès est donc bien notoire (*Abeille médic.*, n° 30).

L'alcoolature d'aconit napel dans le traitement du choléra morbus épidémique, par le docteur Cramoisy. Brochure de 30 pages in-8°, contenant 12 cas de guérison s'expliquant par la théorie suivante : Le choléra est une inflammation rendue évidente par la fréquence du pouls, signe de fièvre dont l'aconit napel, modérateur et régulateur de la circulation par excellence, fait promptement justice aussi sûrement que le sulfate de quinine de l'intermittence; autant d'assertions avancées sans justification. Déjà Adet de Roseville avait proclamé la spécificité de ce remède.

Isolement. Une preuve des progrès et du crédit de la doctrine de la contagion, c'est l'isolement des cholériques fait à Marseille, à Brest, à Alger, et partout à peu près comme à Paris en 1865. Des salles spéciales, bien aérées et ventilées, leur furent consacrées à l'Hôtel-Dieu de Marseille, comme à la Conception; bien mieux, l'encombrement se manifestant au plus fort de l'épidémie, une nouvelle salle fut ouverte pour les cholériques convalescents. Ce fut encore mieux à Alger : isolés dans l'hôpital du Dey, isolé lui-même, les cholériques étaient placés de deux en deux lits pour éviter l'encombrement, et divisés par catégories. Dans une première salle, au rez-de-chaussée, dite de réception, entraient tous les cas de choléra confirmé; pour les entrants douteux, et certains malades déjà en traitement d'autres maladies, il y avait une petite salle d'observation. Lorsque les plus violents accidents de la première période se dissipaient, et que les cholériques, sans être convalescents, souffraient du mouvement qui se faisait autour d'eux et prenaient de l'émotion du nombre des décès, des plaintes, des cris de leurs voisins ou des nouveaux venus, on les envoyait là.

Toutefois, en présence de la mortalité de 75 pour 100 des cholé-

riques réunis dans des salles spéciales, M. J. Guérin, dans la *Gazette médicale*, signale le danger de ce mode d'isolement. Contagioniste, il réclame l'isolement, mais non de cette manière qui a le danger de jeter un trouble profond dans l'esprit des malades, qui est pour eux comme un arrêt de mort, et de créer en outre un foyer d'infection au centre même de l'hôpital. Un moyen efficace, sans inconvénient grave (employé en Allemagne et même à l'armée de Crimée), serait *celui des hôpitaux provisoires sous la tente disséminés autour de Paris, sur les points les plus salubres et les plus élevés.* Ce fut le conseil que nous émettions l'année dernière dans ce *Dictionnaire.* Il est si rationnel que l'on s'étonne qu'il n'ait été déjà suivi par l'administration de l'Assistance publique. Ce moyen radical parut seul mettre fin à la déplorable épidémie de fièvre jaune de Lisbonne, en 1857.

Sans repousser ce moyen, M. A. Latour n'en voit pas une nécessité aussi absolue qu'une administration prudente, économe dusse y recourir à l'aventure. Les motifs allégués contre l'isolement actuel ne sont pas décisifs. La mortalité en 1865 n'a été que de 51,25 pour 100, et les cas intérieurs n'ont été que 17,40 pour 100 au lieu de 23,47 en 1849, et 29,05 en 1853-54. D'ailleurs, l'action rayonnante du foyer cholérique dans l'hôpital n'est pas démontrée. A Lariboisière, où l'isolement est complet, absolu, le nombre des cas intérieurs s'est élevé à 20 pour 100, tandis qu'à Saint-Antoine où il est très-incomplet, il ne s'est élevé qu'à 2 pour 100. (*Union médic.*, n° 110.)

Si ces objections statistiques ont leur mérite quant aux assertions précédentes, elles n'infirment pas l'utilité, le rationalisme de l'emploi du baraquement de préférence à ce qui a lieu. Dans le doute même de la contagion, de l'infection, ce serait au moins le cas de s'abstenir de recourir à ce moyen coûte que coûte. Ainsi doit raisonner une administration soucieuse de la vie des malades. D'ailleurs un exemple déterminant existe. 1790 cholériques ayant été admis dans les hôpitaux temporaires que l'administration avait été obligée d'établir en 1832, la mortalité n'y fut que de 35 pour 100; résultat qu'aucun hôpital ni hospice n'a donné. Il y a donc au moins lieu de revenir à ce système.

Une enquête générale est provoquée par l'*Epidemiological Society*, parmi tout le corps médical anglais pour la solution de ces trois points : Si les cholériques peuvent être admis dans les salles des hôpitaux et des infirmeries, sans danger pour les

autres malades, ou s'il y a lieu de les isoler dans des salles spéciales sans danger de créer ainsi un foyer d'infection, et s'il ne convient pas plutôt, par prévision, de créer des hôpitaux spéciaux disséminés pour les recevoir. On s'étonne de voir un corps savant, spécial, aussi autorisé, déférer cette question au jugement public au lieu de la résoudre. Privé de caractère officiel, il veut sans doute donner la sanction de l'opinion à l'avis qu'il va émettre pour lui donner plus d'autorité, car à la question ainsi posée, la réponse n'est pas douteuse.

A l'Hôtel-Dieu de Rouen, dit M. Leudet, où sur 69 malades j'en ai perdu 38, il est remarquable que, l'isolement n'ayant pas été pratiqué, les cholériques ayant été traités dans les salles communes, sans que les objets de literie aient été soumis à des lavages et des purifications, et sans autre précaution que le changement de draps, il ne s'est pas développé un seul cas à l'intérieur de l'hôpital (*Acad. de méd.*, octobre). Sans en tirer une conclusion formelle, suivant sa réserve savante et prudente, cet habile clinicien a fait ressortir toute la portée de ce fait qui, s'il se répétait ainsi dans plusieurs hôpitaux, atténuerait considérablement la doctrine de la contagion.

Quarantaines. De part et d'autre, elles sont réclamées pour se mettre à l'abri de la contagion à mesure que cette doctrine fait des progrès. D'après l'importation apparente à Liverpool par les navires de la Compagnie d'émigration venant de Hollande, un ordre de George IV, prescrivant trois jours d'isolement à tout navire venant d'un port infecté de choléra ou en ayant des cas à bord, a été remis en vigueur.

L'Angleterre, par l'organe du Conseil privé, a ordonné qu'aucun navire, ayant le choléra à bord, ne débarquât rien dans un port du Royaume-Uni avant trois jours francs, à partir de son arrivée. Les autorités locales, après l'examen par un homme de l'art, pourront faire débarquer les personnes non atteintes, et le transfert des malades dans un hôpital ou un lieu de sûreté quelconque pour y être soignés, et d'où ils ne pourront sortir sans permission.

Les cadavres des cholériques devront être jetés à la mer suffisamment chargés pour ne pas reparaître sur l'eau, et les effets désinfectés ou détruits.

On voit que cet acte est basé sur la diarrhée prémonitoire comme signe de l'incubation du choléra, car autrement, quelles

garanties donnerait-il ? Un décret du 23 juin, rendu en France sur l'avis du comité consultatif d'hygiène publique, prescrit également une observation sanitaire de trois à sept jours pleins, dans un lazaret ou tout autre lieu, des passagers et des équipages de navires ayant patente brute. Isolés à leur arrivée, ces navires doivent être soumis à un examen sanitaire et au débarquement des personnes non malades avant l'ouverture des écoutilles, et le transport des malades à terre dans un lieu séparé et approprié. Le chargement, les effets des passagers, aussi bien que les lettres et paquets, et les navires eux-mêmes, seront aussi soumis aux purifications voulues, de même que les matelots et les employés à ces mesures sanitaires seront soumis à la fin à l'observation quarantainaire.

Cette observation sera plus ou moins longue et rigoureuse, suivant l'état de propreté des navires. Ceux de guerre ou de poste ayant un médecin à bord commissionné, et sans cas morbide, pourront même débarquer leurs passagers et l'agent des postes en libre pratique aussitôt après l'examen sanitaire. Mais les personnes qui continuent leurs voyages en mer pourront être tenues de le faire au lazaret même, sans entrer en libre pratique.

C'est principalement au point de vue de la prophylaxie que se recommande le *Rapport au gouverneur général de l'Algérie sur l'épidémie de choléra de 1865 dans la province d'Alger*, par M. Jules Périer, médecin en chef de la division (broch. grand in-8°). Dissémination, dispersion des nouveaux arrivés et leur installation sous la tente, dans des emplacements propices ; la création d'infirmeries régionales, l'évacuation des casernes, une nourriture plus réparatrice, montrent bien tout ce que l'on peut attendre de ces mesures. Si, par la forme même et l'exposition des faits dans l'ordre qu'ils se sont produits, ce *Rapport* nuit à en faire ressortir tous les avantages, il n'en reste pas moins un modèle à suivre pour leur mise à exécution.

Consigli e conforti nel tempi di colera (Conseils et précautions à prendre contre le choléra), destinés au peuple et aux pères de famille en particulier, par J. Moleschott. — Sous une forme simple et populaire, aphoristique, le célèbre physiologiste indique les précautions et les moyens hygiéniques, en descendant jusqu'aux moindres détails des *ingesta* et des agents propres à éviter l'infection et la contagion, ainsi que les mesures préven-

tives contre la diarrhée prodromique. Ces quelques pages se résument dans le XIIe et dernier aphorisme, qui en est comme la conclusion :

Ayez l'esprit tranquille, observez la propreté et la tempérance ; propreté en tout et pour tout ; tempérance dans la nourriture, le travail, le plaisir ; ne pas s'exposer sans nécessité aux influences nuisibles ; combattre instantanément la diarrhée ; penser à toute autre chose qu'au fléau, et ne rien craindre.

Choléra-morbus, son siége, sa nature et son traitement, par le docteur Shrimpton. Brochure in-8° de 84 pages. Librairie *Germer Baillière*. — A l'aide des citations des travaux principaux et les plus récents sur ce fléau, comme il est si facile d'en trouver à l'appui de toutes les opinions, l'auteur tend à démontrer que l'électricité en est la cause, et que les quarantaines, par conséquent, sont de nul effet. Les hypersthénisants et la chaleur sont, d'après cette théorie, les meilleurs moyens de le combattre.

Choléra sec. Inconnue des uns, niée par les autres, cette forme rare s'est produite dans les conditions suivantes au docteur de Langenhagen.

M. C..., directeur au ministère de la guerre, âgé de cinquante ans, fut pris subitement, le 14 octobre, à huit heures du matin, de crampes dans les jambes, de douleurs dans les flancs, de vomituritions atroces, de coliques violentes. Appelé aussitôt, il constata les symptômes suivants : Yeux excavés, face légèrement cyanosée et traits décomposés ; absence totale du pouls, peau froide dans toute l'étendue du corps et suppression des urines ; pas de déjections alvines. Des efforts de vomissement très-violents, n'aboutissant qu'au rejet de quelques glaires. Voilà le tableau exact de la situation au moment où il arriva. Glace à l'intérieur, vin de Champagne, frictions à l'essence de térébenthine sur tout le corps, couvertures chaudes, sinapismes, etc., ramenèrent au bout de cinq heures la chaleur à la peau, et le pouls lui-même reparut. Il n'hésita pas alors à administrer une bouteille de limonade purgative, qui donna lieu, au bout de deux heures, à des selles abondantes et colorées. Le malade se trouve soulagé, et trente-six heures après cette crise, les urines reparurent également et un bien-être relatif avec elles. (*Gaz. hebd.*, n° 4.)

Choléra asphyxique. Il ne s'agit pas sous cette dénomination, pour M. J. Besnier, de cette asphyxie ultimo qui est la terminaison ordinaire du choléra, mais bien de cette forme particulière, prédominante, qui se manifeste au début de la période algide ou dans son cours, et dont les symptômes ont été observés maintes fois. Le principal caractère en est une expiration courte. Fondé sur 11 autopsies, pratiquées à la suite de cette forme spéciale, il a constaté des altérations anatomiques spéciales, déjà décrites par MM. Bouillaud et Gendrin en 1832, Tholozan en 1849, et auxquelles M. Besnier rapporte directement l'asphyxie, au lieu d'en voir l'effet d'une *anhématosie* inconnue dans sa nature, ou d'une altération du sang non mieux définie. C'est l'hypérémie des petits vaisseaux, et l'hypergenèse des cellules épithéliales de la muqueuse bronchique dont il décrit minutieusement les caractères, faisant obstacle à l'entrée de l'air, soit spasmodiquement, soit mécaniquement.

De là un traitement spécial pour cette forme distincte : 'emploi de la pulvérisation des liquides, les révulsifs le long le la colonne vertébrale et les sédatifs du système nerveux à 'intérieur. (*Arch. de méd.*, septembre et octobre.)

Tout en reconnaissant le mérite de cette distinction au point le vue séméiologique, on ne saurait admettre sans réserve la nouvelle doctrine qu'elle comporte, d'autant plus que ce travail révèle et promet un théoricien hardi, riche de ressources de lialectique, ingénieuses et savantes, et qui ne semblent pas admettre le doute.

CHORÉE. Étiologie. De toutes les causes morales, frayeur, rritation, émotion, M. H. Roger n'en admet aucune, et rapporte exclusivement la chorée au rhumatisme articulaire. Dans ce cas, sans doute, elle se lie étroitement aux maladies du cœur concomittantes. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, septembre.) Mais n'existe-t-il pas une chorée idiopathique, effet d'un trouble du système nerveux, névropathie essentielle ?...

De la douleur provoquée chez les choréiques, thèse inaugurale par M. le docteur Léon Rousse, Paris, 1865. Exposé de ce symptôme tel qu'il a été observé à l'hôpital Sainte-Eugénie, avec les observations à l'appui. Se confondant avec les points névralgiques précisés par Valleix, cette douleur apparaît surtout par la pression du doigt dans les endroits où les nerfs sont le

plus superficiels, et elle diminue et augmente selon l'intensité de la chorée.

CLIMATOLOGIE. L'institution de la Société de climatologie algérienne a donné une nouvelle impulsion aux travaux sur ce sujet. De toutes les parties de la colonie, des mémoires lui sont envoyés, dont plusieurs ont déjà reçu la couronne académique, de manière à pouvoir en établir bientôt la climatologie locale et générale. M. le docteur Puzin, médecin colonial à Castiglione, décrit ainsi, dans un article remarquable, les conditions climatériques de cette localité située sur la côte méditerranéenne et les villages environnants. A en juger par cette description élégante, rien ne semble plus riant et plus favorable pour les valétudinaires phthisiques que le séjour de ces localités. Une végétation plantureuse et l'éclat du soleil, une atmosphère marine apportée par les brises de la Méditerranée, avec une température égale, l'absence de marais, des eaux potables, claires, limpides, calcaires, des viandes de boucherie et du gibier en abondance, sont sans doute des conditions favorables au séjour des malades, mais il n'y a rien là de spécial pour les tuberculeux ; combien de sites, de localités pourraient être invoqués au même titre ! Quelques exemples d'amélioration soutenue, d'arrêts prolongés, sinon de guérison, seraient bien plus convaincants. Des faits, des faits, ne cesserons-nous de répéter en ce qui concerne ce sujet, car c'est le meilleur critérium de ces stations sanitaires et le meilleur prospectus pour y attirer les malades.

Climat domestique. C'est la maison, le toit, l'intérieur où l'on est élevé, où l'on vit et où l'enfant prend l'empreinte de ses défauts ou de ses qualités organiques, constitutionnelles. Ce que l'on en a dit au point de vue de l'hygiène ne suffit pas, dit M. Carrière, et aujourd'hui que les habitations se transforment, il convient d'examiner si elles réalisent l'amélioration de ce climat. Un exposé de la maison gréco-romaine lui permet ainsi d'en faire la comparaison avec les habitations modernes, dont la principale différence est surtout d'être moins closes, moins privées et plus élevées. Nous prenons en hauteur ce qu'elle gagnait en surface avec une disposition intérieure spéciale, que l'on retrouve dans les anciens couvents et les habitations des contrées méridionales. On ne saurait méconnaître que

ces modifications sont plutôt le résultat des mœurs, des habitudes, des besoins que de l'hygiène, qui a été sacrifiée en cela comme en tant d'autres choses. (*Union méd.*, n° 60 et 61.)

COEUR. Séméiologie. *Bruits anormaux.* Il se présente parfois à l'observateur des phénomènes inconnus, inexplicables, physiologiques ou morbides, et qui, considérés comme des anomalies, des curiosités, ne se trouvent décrits nulle part. Telles sont les deux observations suivantes, consignées par M. Putégnat dans le *Journal de médecine de Brux.*, avril, qu'il est bon d'enregistrer comme renseignement, sans s'y appesantir plus que de raison.

Chez une fille de vingt-quatre ans, brune, bien réglée, n'ayant jamais eu ni anémie, ni chlorose, ni syphilis, ni dartre, ni rhumatisme, mais excessivement impressionnable, somnambule, il existe un sentiment d'oppression lourde, froide, accablante sur le devant de la poitrine, sans être la boule hystérique. Une sensation douloureuse apparaît aussi subitement, de temps à autre, sans cause appréciable, dans la région du cœur. Des crises nerveuses, caractérisées par des palpitations, de l'oppression, puis de l'agacement, de l'impatience, sont suivies d'un sommeil lourd, pendant lequel se manifestent les actes de somnambulisme.

A l'auscultation du cœur, un bruit particulier, comparable au *gloussement plaintif du jeune poulet*, existe en haut et à gauche, synchrone à la systole. Dans le médium, d'abord, il devient plus aigu et soprane en finissant sans se prolonger dans l'aorte ni les carotides. Perçu à distance par les assistants, il n'est point perçu de la jeune fille.

Un examen minutieux de tous les organes thoraciques n'a rien révélé de pathologique ni rien qui puisse expliquer ce bruit étrange, sinon l'état de nervosisme, mais cette interprétation est contredite par le fait suivant :

Chez un vigneron robuste, de quarante et un ans, fortement musclé, blond, voix sonore, ancien fantassin, n'ayant jamais eu d'affection cutanée, syphilitique ni rhumatismale, mangeant et digérant bien, sans toux ni palpitations, respiration libre en marchant sur un plan droit ou incliné, l'oreille, placée sur la région précordiale, perçoit un bruit dur, sonore, distinct et intermittent qui s'entend de tous les points du thorax, spécialement à la base du cœur et l'origine de la crosse aortique. Con-

trairement au précédent, il n'est pas isochrone à la systole et masque les bruits normaux du cœur. Telle est sa force, qu'il est perçu à plusieurs mètres de distance et empêche cet homme de dormir, et même sa femme. Son timbre, sa sécheresse, ne ressemblent à aucun autre bruit physiologique ou pathologique connu du cœur ou des voies respiratoires. La prononciation par un enfant, à voix un peu basse, sèche et métallique, des lettres *grrouou*, faite distinctement et soixante-seize fois par minute, en donne une idée assez exacte. La suspension ni l'accélération de la respiration ne le modifient en rien.

Ce bruit a été perçu un mois auparavant par le vigneron en travaillant sa vigne. Surpris et même effrayé de l'entendre, il l'a rapporté d'abord à un animal placé près de lui. Il n'a pas changé depuis, si ce n'est que d'intermittent les premiers jours, il est devenu continu.

A quoi attribuer ce bruit étrange? Aucune altération ni phénomène morbide ne se révèlent pour l'expliquer. Cet homme n'est ni chlorotique ni anémique. Faut-il le rapporter à une altération organique? Son apparition subite s'y oppose autant que ses caractères et le défaut de symptômes concomitants. Malgré son intensité, il faut se résigner à poser ici un X, comme à tant d'autres phénomènes passagers, nerveux, vitaux, inexplicables même à l'autopsie.

Murmure anémique ou *tricuspidien*. Au lieu d'en fixer le siége à l'orifice aortique, suivant la plupart des auteurs, et d'en rapporter la cause soit à l'état, la constitution globulaire du sang, soit à un influx nerveux, M. Parrot le rattache à cette insuffisance de la tricuspide qu'il a signalée comme une cause de l'asystolie (voy. *Année* 1865). Fondé sur treize observations cliniques, il a trouvé ce bruit bref, doux, ayant presque toujours son maximum d'intensité dans le quatrième espace intercostal, près du sternum, sans retentissement dans le voisinage. Il ne correspond donc pas à l'orifice aortique, mais bien à l'orifice auriculo-ventriculaire droit. De plus, un examen complet des malades a toujours décelé un souffle continu et intermittent dans les vaisseaux du cou. Les jugulaires externes et parfois les antérieures sont le siége de deux pulsations, quelquefois d'une seule, qui, dans ce cas, est isochrone au battement de la radiale. Perceptible à la vue, cette pulsation veineuse est surtout sensible en appliquant le plus près pos-

sible de la veine un levier long et léger, enduit de gomme à l'extrémité qui se fixe sur la peau. Un levier semblable étant fixé sur le trajet de la carotide, on le voit ne traduire qu'une pulsation, pendant que l'autre en révèle deux, dont l'une, manifestement plus nette que l'autre, correspond à celle de l'artère.

Or, ce phénomène ne peut être dû au choc carotidien qui, plus manifeste en haut qu'en bas, en dedans qu'en dehors, et se propageant dans toute la région correspondante du cou, n'est modifié que par une forte pression, tandis que celui-ci, au contraire, existe à la base du cou, se produit de bas en haut, uniquement sur le trajet du canal veineux, suivant un angle aigu avec le trajet de la carotide, et par la moindre pression, cesse immédiatement au-dessus. C'est donc bien là un pouls veineux dû à une marche rétrograde du sang, à son reflux des cavités droites du cœur, causé par l'insuffisance de la tricuspide, comme M. Parrot l'a démontré.

En effet, il n'est pas de condition plus favorable pour donner naissance à un souffle intra-cardiaquo que les insuffisances des valvules auriculo-ventriculaires, puisque le sang, chassé avec énergie et rapidité par les ventricules, passe d'une cavité où il est soumis à une violente pression et à travers un orifice étroit dans les oreillettes, largement ouvertes et d'une très-faiblo pression. D'ailleurs, son maximum d'intensité en indique le siége; sa ligne de propagation est celle du trajet de la veino cave supérieure, et non de l'aorte. « Il est impossible de l'entendre, dit Hugues, non-seulement au-dessous du mamelon et dans l'aisselle, comme cela a lieu pour quelques bruits aortiques dépendant de causes organiquos, mais généralement on ne peut plus le percevoir au niveau de la portion ascondante et de la crosse de l'aorte. » Aussi la plupart des auteurs considèrent-ils aujourd'hui les bruits vasculaires du cou comme veineux et non comme artériels. C'est ainsi quo Hugues le place à l'orifice de l'artère pulmonaire. Mais son maximum est beaucoup plus à droite, et quoique très-limité, il se propage parfois jusqu'à la troisième côte, et à droite, ce qui rend cetto hypothèse inadmissible. Par la même raison, il ne saurait être l'effet d'une insuffisance mitrale, déterminant un spasme des muscles papillaires. La diminution de la tension artérielle, admise par Marey comme cause, est infirméo par les expériences de MM. Vulpian et Dechambre, qui, malgré des saignées répé-

tées sur des chiens, n'ont pas constaté immédiatement ce bruit.

Accompagné du pouls veineux, qui en est le caractère saillant, le bruit anémique doit donc être rapporté à l'insuffisance de la tricuspide par le reflux du sang des cavités droites dans le système de la veine cave supérieure, et sa pénétration sous forme de flot dans la jugulaire externe. Si ce pouls veineux n'est pas toujours manifeste ou ne se montre que d'une manière intermittente, c'est à la faveur des deux valvules de la jugulaire qui, sans obturer ce vaisseau, suffisent à modérer, à arrêter le flot en retour, surtout quand il n'est pas lancé avec vigueur. L'ondulation, qui se fait sentir alors dans la veine cave supérieure et la jugulaire profonde par le soulèvement de la région sus-claviculaire à chaque contraction cardiaque, vient mourir à l'entrée de la jugulaire externe sans déterminer de mouvement appréciable. Toutes les conditions augmentant la masse du sang lancée par le ventricule droit ou diminuant l'action des valvules par la dilatation des jugulaires externes, témoignent de ce mécanisme. Il est ainsi toujours perceptible chez les anémiques qui ont les veines saillantes ou que l'on rend saillantes en plaçant la tête dans une déclivité prononcée ou bien en comprimant le thorax, vis-à-vis l'oreillette droite. La capacité de celle-ci étant diminuée, le reflux est augmenté. Il ne s'agit donc que de favoriser le développement de ce pouls veineux pour le voir se manifester simultanément avec le bruit anémique comme une contre-épreuve de la réalité de son siége et de son mécanisme morbide.

A ce même mécanisme sont rapportés les souffles qui ont lieu chez les hypochondriaques, les hystériques et même les rhumatisants. La rapidité avec laquelle ceux-ci tombent dans l'anémie et la coïncidence du pouls veineux en sont la preuve. Leurs caractères cliniques, dans ces cas, ne diffèrent pas des autres, comme les observations en témoignent. On les observe de même dans le cours ou à la suite des maladies fébriles, et en particulier dans les pyrexies, comme la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole, etc.

Quant à l'explication de cette insuffisance triscupide passagère, inorganique, M. Parrot l'attribue au relâchement des parois cardiaques par l'appauvrissement du sang, relâchement qu'il localise à l'orifice auriculo-ventriculaire droit, comme étant, d'après Adams et King, le moins résistant de tous les orifices

du cœur. Dans les pyroxies, ce serait, au contraire, par l'atonie des nerfs vaso-moteurs.

On ne peut s'empêcher de voir dans cette genèse double, exclusive et locale des souffles anémiques, une théorie hasardée et contradictoire avec l'unité physiologique du cœur, et cependant l'auteur la justifie presque par un parallèle des deux ventricules. Le gauche dominant le cœur par sa masse, l'épaisseur de ses parois, la puissance de ses faisceaux musculaires, actifs par excellence, distribue le sang à l'organisme tout entier. Peu sensible aux troubles qui affectent les autres cavités, il ne peut souffrir, au contraire, sans en entraver les fonctions, comme si elles étaient ses tributaires. Cœur artériel, il est baigné par le sang le plus oxygéné de l'organisme et semble puiser à ce contact tout à la fois une énergie plus grande et une disposition morbide propre. Le ventricule droit, au contraire, n'en paraît qu'une annexe. Sans épaisseur ni résistance, ses parois circonscrivent une cavité excessivement variable. Placé entre le poumon, auquel il ne peut donner qu'un volume déterminé de sang, et le système des veines caves, d'où ce fluide afflue en quantité variable, il est obligé de se soumettre à des changements aussi considérables qu'inattendus, qui modifient sa puissance fonctionnelle. Aussi le processus morbide diffère-t-il. A gauche, c'est par les valvules et les orifices que le mal commence; les modifications cavitaires et pariétales ne viennent qu'après, tandis qu'à droite les cavités se dilatent d'emblée, puis les orifices déterminent l'insuffisance valvulaire. Si ce brillant tableau, fait un peu pour les besoins de la cause, est réel dans ses parties principales, ne comporte-t-il pas des détails forcés? Que la différence de fonction corresponde à des différences de volume et même de lésions, on le conçoit; mais il n'est pas aussi facile d'admettre que la texture d'un organe symétrique soit ainsi changée dans ses parties correspondantes.

Le diagnostic différentiel de ces bruits tricuspidiens se tire de leur siége même, de leur localisation à droite; les autres sont toujours plus à gauche, plus haut ou plus bas, plus rudes, retentissants et prolongés. Dans l'asystolie, l'exagération de tous les signes suffit à les distinguer. Une nouvelle précision peut donc résulter de cette théorie dans le diagnostic de ces divers bruits, et, par suite, dans le traitement des manifestations morbides dont ils sont l'expression. On ne saignera pas un

rhumatisant présentant un bruit anémique comme celui qui est l'effet d'une endocardite, et dans le cas même de celle-ci, la saignée sera justement omise si le bruit anémique existe simultanément. (*Arch. de méd.*, août.)

Bruits dédoublés non pathologiques. Considérés comme exceptionnels surtout pour le premier, ils seraient au contraire très-fréquents, selon M. Potain, puisqu'il les a rencontrés 99 fois sur 500 personnes examinées; savoir : 61 fois pour le premier, 30 fois pour le second, et 8 fois pour les deux simultanément. Contrairement à ceux qui les attribuaient à des palpitations nerveuses, un examen attentif, rigoureux, lui a permis de les rapporter aux mouvements respiratoires. Ainsi il a rendu évident par le sphygmographe que le dédoublement du premier bruit correspond à la fin de l'expiration et au commencement de l'inspiration, tandis que celui du second a lieu à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration. Ils ne sont donc pas simultanés, mais opposés, quant au temps de la respiration, et subordonnés à la manière dont elle s'exécute. C'est ainsi qu'ils sont rarement durables, persistants et uniformes; ils changent et se modifient dans leur intensité, leur rhythme, leur fréquence en suivant, en subissant les modifications de la respiration. On peut même prendre ce caractère changeant, transitoire, comme le meilleur signe des dédoublements non pathologiques, c'est-à-dire non symptomatiques d'une affection cardiaque, ainsi que l'avaient déjà fait les précédents observateurs. Leur persistance uniforme doit faire craindre qu'il n'y ait quelque altération inconnue.

Cette influence de la respiration est rendue évidente par la gêne apportée à l'entrée et à la sortie de l'air. Alors les temps des dédoublements sont changés ; le premier correspond aux mêmes périodes que le second et celui-ci que le premier. Ils suivent les efforts d'inspiration et d'expiration, si l'on fait ceux-ci sans entrée de l'air. De ces expériences et de plusieurs autres résulte donc ce fait qu'ils sont en rapport avec la respiration et soumis à des régles fixes avec cette fonction.

La position assise et la pression sur la région cardiaque rendent aussi ce phénomène plus évident et mieux accentué. Tout ce qui anime la circulation les rend plus manifestes. Les palpitations en sont aussi une des causes occasionnelles.

Quant à la relation étroite de ces bruits dédoublés avec les

mouvements respiratoires, M. Potain, après l'examen critique des théories émises et des épreuves cliniques faites sur lui-même avec le sphygmographe, l'explique par la tension artérielle et veineuse s'opérant suivant les divers temps de la respiration, sa liberté et sa régularité. L'excès de pression dans l'aorte accélère la chute des valvules sigmoïdes et dédouble le second bruit, comme dans les veines, il retarde l'occlusion de la valvule tricuspide et dédouble le premier. C'est à démontrer la vérité de cette explication par des schémas très-compliqués, des données minutieuses difficiles à saisir, qu'il s'est appliqué dans la dernière partie de son travail. Les reproduire serait sans utilité, d'autant plus que des exceptions, des suppositions en affaiblissent, en diminuent la portée, et que la justesse n'en est pas justifiée, confirmée, consacrée par la raison ultime, le *pourquoi* de leur manifestation ou de leur absence. Ici l'observateur reste muet aussi bien que le rationaliste, et l'on ne peut s'empêcher de reconnaître que ce silence forcé affaiblit et ébranle tout son système.

Un seul fait positif résulte de cette étude laborieuse, de cette exposition diffuse : c'est la différence, au point de vue du diagnostic, des dédoublements normaux et pathologiques des bruits du cœur. Très-rapides et influencés par le rhythme de la respiration, ils sont normaux ; écartés et ne recevant aucune modification des mouvements respiratoires, ils sont, au contraire, un signe d'affection cardiaque. (*Union méd.*, août et sept.)

Physiologie. *Influence de la douleur*. Par de nombreuses vivisections, le professeur Mantegazza s'est assuré qu'elle diminue très-notablement le nombre des battements du cœur et par conséquent du pouls, aussi bien sur les grenouilles éthérisées que privées de cerveau. Une douleur atroce chez le lapin le fait ainsi tomber de 228 à 84 en cinq à dix minutes, diminution de 96 à 132 par minute sur les rats et de 72 à 108 sur les poules. Les petits oiseaux peuvent même mourir de syncope après quelques secondes de douleur. Son intensité est en rapport avec cette diminution qui peut en servir d'indicateur. La section des deux pneumogastriques annule cet effet réflexe, évident, de la douleur sur le centre de la circulation, de même que l'anesthésie générale ou seulement périphérique, et toutes les lésions des nerfs capables de transmettre la douleur ; mais la section de la moelle ne produit pas le même résultat, ce qui prouve que les

filets sympathiques accompagnant les vaisseaux n'exercent pas d'action réflexe. (*Gazz. med. Lombarda*, n° 26 à 29.)

L'étude comparativo de ces faits sur l'homme à l'aide du sphygmographe n'a donné lieu qu'à des résultats incertains. Au point de vue de la physiologie comme de la pathologie, toute conclusion serait donc prématurée.

La systole considérée comme acte musculaire. En déterminant graphiquement les secousses des contractions musculaires (V. Muscle), M. Marey a été amené à étudier de même ce phénomène sur les muscles de la vie organique. Or, il s'est convaincu qu'ici la secousse est unique et beaucoup plus longue, de telle sorte que chaque systole serait l'effet d'une secousse unique. Il s'est assuré comparativement, par des tracés graphiques, de l'analogie d'une secousse musculairo et d'une systole du cœur, sinon la durée, de part et d'autre ils rendent une courbe à sommet arrondi s'élevant et s'abaissant tour à tour; et il les a vus se modifier identiquement, s'épuiser et perdre également leurs mouvements lorsque le muscle comme le cœur sont détachés de l'animal. Bien plus, une secousse musculaire et une systole cardiaque produisent les mêmes effets d'induction, c'est-à-dire une secousse unique sur une patte galvano-caustique de grenouille. L'identité est donc évidente. La systole n'est donc pas assimilable aux contractions des muscles volontaires, mais à la *secousse* qui en est le mouvement élémentaire. (*Acad. des sc.*, juillet.)

Étude critique des tracés obtenus avec le cardiographe et le sphygmographe par C. Onimus et Ch. Viry, ingénieur. — Passant en revue, dans ce beau travail, toutes les modifications des battements du cœur et des artères et leurs causes, les auteurs ont voulu montrer essentiellement que M. Marey, qui, en particulier, par ses belles et intéressantes recherches sur la physiologie cardiaque, a tant enrichi ce sujet, n'avait pas assez tenu compte de l'élasticité des artères. Bien des faits cliniques sur la fréquence du pouls dans telle position du corps ou des membres, dans les maladies comme dans les altérations du système artériels, ont ainsi éclairés et expliqués par les lois physiques. (*J. d'anat. et phys.*, nos 1 et 2.)

Pathologie. *Diète lactée.* Dans l'hypertrophie active, dit M. Pécholier, c'est-à-dire dans celle où les conséquences du

développement des fibres musculaires l'emportent sur la gêne de la circulation occasionnée par la dilatation des cavités, le rétrécissement des orifices ou l'insuffisance valvulaire, et où, par conséquent, la tension du sang est grande dans les artères, et le pouls radial plein et dur; dans l'hypertrophie active, disons-nous, à son début, la diète lactée, aidée par la digitale, et quelquefois sans l'aide de cette dernière, peut, si elle est suffisamment continuée, amener d'abord un amendement dans les symptômes, et même, à la longue, une résorption du tissu musculaire surabondant, et par conséquent la guérison. Pour obtenir un si heureux résultat, il faut trouver des sujets exceptionnels, assez intelligents pour comprendre le danger de leur maladie, et assez maîtres d'eux-mêmes pour vaincre leur gourmandise. Mais l'obéissance absolue à des prescriptions pénibles, rare chez un individu peu incommodé et peu souffrant, comme ceux qui sont en butte à une hypertrophie commençante, devient beaucoup plus facile à obtenir quand la lésion a fait des progrès, et que des symptômes graves ont éclaté. S'il y a eu des menaces, et surtout des atteintes d'apoplexie ou de congestion pulmonaire ou cérébrale, le médecin n'aura qu'à vouloir fortement, pour se faire écouter, momentanément au moins, des malades. En ces occurrences, une guérison radicale n'est plus possible, mais il est permis d'espérer des effets palliatifs très-heureux. Sous l'influence de la diète lactée, on voit diminuer les palpitations et l'impulsion du cœur, ainsi que la turgescence sanguine de la face, du cerveau et des poumons; le malade éprouve un bien-être inattendu. Que ce bien-être ramène d'ordinaire des velléités de désobéissance, et si le sujet arrive à faire des infractions au régime prescrit, en l'y remettant au moment où les accidents se reproduisent, on verra survenir une nouvelle amélioration. Par ce moyen, la vie sera prolongée et rendue plus supportable. (*Montpellier méd.*)

On some of the causes and effects of valvular diseases of the heart (Causes et effets des affections valvulaires). Leçons faites au collége royal des médecins, pour 1865, par le docteur Peacock, médecin de l'hôpital Saint-Thomas; 114 pages in-8°. Londres.

Exposé de longues études et de recherches anatomo-pathologiques, comprenant 63 cas d'affections valvulaires suivis

d'autopsies et dont la statistique donne le résumé. Ainsi, sur 26 observations de lésions aortiques,

9	se rapportaient	à des malformations,
2	—	à des concrétions,
6	—	au rhumatisme,
9	—	à diverses autres causes combinées ;

Sur 17 lésions mitrales,

11	se rapportaient	au rhumatisme,
6	—	à d'autres causes ;

Sur 16 lésions mitrales et aortiques,

2	se rapportaient	à des malformations,
10	—	au rhumatisme,
4	—	à d'autres causes.

Apontamentos acerca das ectocardias a proposito d'uma variedade nao descripta : a trocochardia (Remarques sur les ectocardies, comprenant une variété non décrite, la trochocardie), par le docteur P. F. Da Costa Alvarenga, membre résidant de l'Académie des sciences de Lisbonne, etc , etc. 76 pages in-4°, Lisbonne.

Monographie générale et spéciale contenant une classification et une nomenclature nouvelles dont voici le tableau :

ECTOCARDIE.	Intrathoracique.	Latérale. . .	Dexiocardie, à droite.
			Aristrocardie, à gauche.
			Trochochardie, en rotation.
		Centrale . .	Mésocardie, au milieu.
			Épicardie, en haut.
			Hypocardie, en bas.
	Extrathoracique ou cardiocèle.		Thoracique, hors du thorax.
			Abdominale, dans l'abdomen.
			Cervicale, dans le cou.

Chaque espèce est examinée de nouveau, commentée, critiquée d'après les observations anciennes et récentes. Son importance en séméiologie et le pronostic des affections concomitantes en sont ainsi éclairés. Initiateur de l'emploi du sphygmographe en Portugal, M. Alvarenga, en l'appliquant le premier à l'étude de ces déplacements, a rendu évidente l'indépendance de la circulation, qui en est ainsi le signe le plus précieux.

Voici les caractères de la nouvelle espèce, la trochocardie :

Le cœur repose horizontalement par sa face postérieure sur le

centre du diaphragme, la base à droite et la pointe à gauche, tourné sur son axe, la face antérieure dirigée en haut, le bord droit et partie de la face postérieure regardant en avant, le bord gauche et partie des faces contiguës dirigés en arrière et en bas.

Les gros vaisseaux participent à ce déplacement : d'antérieure à son origine, l'artère pulmonaire devient postérieure, tandis que l'aorte devient antérieure en couvrant l'origine de la première. Deux déplacements existent ainsi simultanément : l'un consistant dans la descente de la base du cœur reposant horizontalement sur la base du thorax, l'autre dans la rotation de cet organe sur son axe, de bas en haut et du ventricule droit sur le gauche. Dans cette rotation est le caractère fondamental de la trochocardie et de sa dénomination, comme plusieurs faits cliniques le démontrent.

Si la situation du cœur à la partie moyenne de la base du thorax, dans cette espèce, ne justifie pas sa place parmi les déplacements latéraux, c'est que le cœur est placé transversalement, et que, à moins d'en faire un genre à part, il fallait la classer dans l'ectocardie latérale.

Une autre forme représente bien une des parties de la trochorizocardie : c'est la position horizontale du cœur sur le diaphragme, juste au milieu de la base du thorax, et non poussé sur un des côtés, comme dans la variété transversale de la dexiocardie et de l'aristrocardie. Elle s'observe principalement dans les cas d'hypertrophie excentrique considérable des deux ventricules, ou de leur dilatation simplo accompagnée de la dilatation de l'aorte ascendante et de la crosse. Le cœur est placé horizontalement et à peu près au milieu, avec abaissement de la base à droite, comme trois observations cliniques, avec tableaux sphygmographiques et autopsie rapportés à l'appui le confirment. C'est pour ce déplacement qu'une espèce distincte pourrait être formée sous le nom de *horizocardie*, si l'épithète de horizontal ou transversal n'était pas généralement appliquée à tous les cas de déviation latérale, même par simple élévation de la pointe en haut.

D'où ces conclusions que lo cœur peut se déplacer en bas dans une position entièrement horizontale, simplement ou avec rotation plus ou moins complète sur son axe ou sa ligne longitudinale; ce qui constitue l'horizocardie dans le premier cas, et la trochocardie ou trochorizocardie dans le second.

COLIQUE. Coliques saturnines. Étiologie. L'emploi de grandes quantités de soie à coudre, chez les couturières et les tailleurs, avec l'habitude générale de mordiller l'un des bouts avant de l'enfiler dans l'aiguille et d'en mâcher les débris, peuvent les occasionner même à un très-haut degré, par l'habitude des fabricants de tremper ces soies, pour en augmenter le poids, dans un bain d'acétate de plomb, en faisant passer les écheveaux, après le séchage, dans un courant de vapeurs sulfureuses. Il en résulte un sulfure de plomb toxique, dont quelques soies contiennent jusqu'à 23 pour 100. Une grande entrepreneuse de couture et ses ouvrières furent ainsi prises de symptômes d'empoisonnement saturnins, quelques-unes même perdirent leurs dents.

Il suffit, pour reconnaître ces soies toxiques, d'en placer quelques brins à la partie supérieure d'un long tube en verre fermé en bas, et de les humidifier avec de l'eau vinaigrée. Quelques gouttes d'une solution d'iodure de potassium séparent le plomb de la soie en formant un iodure de plomb qui tombe aussitôt en pluie d'or. (*Monit. d'hyg. et de salubr.*)

Traitement. *Vésicatoires.* Chez un marin, soumis à l'ingestion de l'eau d'une cuisine distillatoire, M. Sarraméa observa, à son entrée à l'hôpital, un facies indiquant une entéralgie saturnine. Violentes douleurs le lendemain, arrachant des cris; face grippée, abdomen fortement rétracté avec sillon transversal profond. L'électrisation, les opiacés, les purgatifs, le chloroforme et les bains sulfureux une fois mis en usage, des vésicatoires furent appliqués sur la colonne vertébrale. La vésication était à peine produite, que les douleurs cessèrent; l'entéralgie s'est éteinte et fut remplacée par des douleurs articulaires. (*Soc. de méd. de Bord.*, juin.)

COLLYRE. *Danger des collyres saturnins.* Par des observations pratiques faites à la *consultation spéciale* de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, M. Testelin a constaté les mauvais effets des collyres au sous-acétate de plomb, assez fréquemment employés comme astringents dans les ophthalmies légères. Il se produit bientôt un précipité plombique sur la cornée, une couche de chlorure de plomb qui la dépolit et l'érode par la chute de son épithélium. Des vaisseaux se développent dans la cornée pour résister à ce processus morbide, et, quand le précipité a disparu, c'est pour laisser à sa place un ulcère de la

cornée avec pannus qu'il est souvent très-difficile de détruire ; mal beaucoup plus grave et plus rebelle que celui qu'il s'agissait de guérir au début. La vue de l'œil droit fut ainsi complétement perdue chez un premier malade ayant fait usage du collyre suivant :

Sous-acétate de plomb.	2 grammes.
Laudanum de Sydenham.	1
Eau distillée.	150

Elle a diminué notablement chez deux autres malades par la persistance de l'opacité cicatricielle (*Bull. méd. du Nord*, avril). Ce médicament convient à peine dans quelques cas de pannus, et encore l'inoculation blennorrhagique instituée en Belgique semble-t-elle préférable pour améliorer celui-ci, comme des exemples en ont déjà été relatés. Il est donc plus sûr de le rayer définitivement des formulaires ophthalmothérapiques.

Addition du laudanum. Faite pour calmer, adoucir l'action irritante d'autres agents, celle-ci, si elle n'est pas dangereuse, serait au moins inutile, d'après M. Guépin (*Journ. de méd. de Bord.*, mai). En provoquant la sécrétion et la sortie abondante des larmes, l'agent irritant s'oppose à l'absorption de l'opium, et d'ailleurs les collyres ainsi composés s'altèrent rapidement par la présence des matières organiques. Seul, le laudanum est plutôt excitant que calmant par le vin qui en est le véhicule, et peut être employé comme tel avec avantage. Ces raisons concluantes doivent donc aussi faire rejeter à l'avenir cette addition.

COLOTOMIE. Une nouvelle et heureuse application en a été faite, par M. Holmes, à la fistule vésico-intestinale. — Voy. Fistules.

CONGÉLATION. Revenant sur cette doctrine accréditée dans la science et soutenue par des savants sur la foi de leurs prédécesseurs, que les animaux congelés peuvent revenir à la vie, M. Pouchet a montré, par de nouvelles recherches expérimentales, que c'était là une erreur complète. Après avoir rappelé toutes les citations en faveur de cette doctrine, il expose le détail de ses expériences faites dans un *frigidarium* spécial, au nombre de 84, en les répétant, les variant de plusieurs manières, qui échappent à l'analyse et à la synthèse. Les animaux, placés dans des tubes ou des vases en verre ou en fer-blanc, munis d'un couvercle, sont ainsi plongés dans le mélange

frigorifique, entouré de charbon et soumis à une température de 15 à 20° au-dessous de 0, que l'on constate à l'aide du thermomètre.

Trois propositions fondamentales résultent de ces expériences aidées du microscope :

1° C'est que la congélation altère le sang d'une manière fondamentale. Sous l'influence du froid, la contraction des capillaires est telle qu'aucun globule sanguin n'y est plus admis; d'où la pâleur des tissus réfrigérés. Le nucléus du globule sort ensuite de son enveloppe, et l'un et l'autre s'altèrent d'une manière différente, suivant les espèces d'animaux et le degré de congélation. Partielle, la congélation permet à ces globules altérés de rentrer dans la circulation, d'où la gangrène de l'organe et la continuation de la vie dans quelques cas.

2° Totale, complète, la congélation entraîne inévitablement la mort. L'animal est radicalement tué sans qu'aucune puissance ait celle de le ranimer, tant les tissus sont altérés. Dégelés, ils restent mous, flasques, décolorés et les yeux sont opaques.

3° La mort est produite par le sang qui rentre dans la circulation, tellement qu'un animal à demi congelé peut vivre fort longtemps si on le maintient dans cet état, pour prévenir la réintroduction des globules altérés dans la circulation, tandis qu'en le faisant dégeler, la mort s'ensuit rapidement. D'où cette démonstration que c'est bien par le sang et non la stupéfaction du système nerveux, comme on l'admet, que la mort survient en pareil cas.

Il en résulte aussi cette conclusion au point de vue pratique: c'est que, moins on dégèle rapidement les parties gelées, moins aussi est rapide l'invasion du sang altéré dans l'économie, et plus augmentent les chances de succès pour le retour à la vie, (*Journ. d'anat. et de physiol.*, n° 1.)

CONGÉNITALITÉ. Les affections chirurgicales congénitales, dit M. Giraldès, sont beaucoup plus communes qu'on ne le croit ordinairement. De là la lacune qu'offrent les traités de chirurgie à cet égard, malgré tout l'intérêt pratique de cette question. On s'évertue à expliquer par des causes plus ou moins acceptables l'origine de beaucoup d'affections qui peuvent ainsi être rapportées à la congénitalité, notamment dans la classe des tumeurs et des tumeurs kystiques en particulier, dont il rapporte un exemple. — Voy. Tumeur. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 42.)

CONGESTION PULMONAIRE. En insistant sur l'étude de cet état, déjà signalé sous le nom d'hypérémie ou de congestion, par de précédents observateurs, M. Woillez tend à la montrer plus fréquente qu'on ne le croyait en la faisant mieux connaître. Considérée idiopathiquement, c'est une fluxion sanguine avec fièvre éphémère au début, sans prodromes. Une douleur sous-mammaire, comme pleurodynique, est le phénomène constant de l'invasion, avec accompagnement de frissons, courbature, dyspnée variable, toux à peine sensible, expectoration muqueuse, incolore, rarement sanguine. Le meilleur signe physique est l'ampliation thoracique, déterminée avec le cyrtomètre : la sonorité tympanique, existait dans 22 cas, la matité sur 14 ; mais, souvent, l'une et l'autre font défaut. L'ordre de fréquence des signes stéthoscopiques s'est ainsi révélé :

Respiration faible	27
sibilante ou ronflante	19
Expiration prolongée	18
Respiration granuleuse ou rude	9
soufflante	9
puérile	8
Râles humides	7

Il n'y en a donc pas de pathognomoniques ; leur transition est la plus sûre donnée du diagnostic. Stationnaire, persistante sans traitement, elle cesse rapidement par celui-ci.

L'engorgement capillaire du poumon, sans extravasation, serait la seule altération anatomique de la congestion idiopathique. Son intensité est en rapport avec celle des phénomènes séméiologiques.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Congestion idiopathique.	**Pleurodynie vraie.**
Fièvre éphémère au début, état général quelquefois grave en apparence.	Pas de fièvre ni de phénomènes généraux.
Quelquefois de la toux et des crachats transparents, rarement sanguinolents.	Jamais de toux ni d'expectoration.
Douleur analogue à celle de la pleurodynie, mais pouvant être névralgique ; toujours accompagnée d'autres signes.	Douleur thoracique étant le symptôme unique de la maladie.
Signes nombreux fournis par l'auscultation, la percussion et la mensuration.	Aucun signe par la percussion, par l'auscultation ou la mensuration.

Congestion idiopathique.	**Bronchite aiguë franche.**
Fièvre éphémère.	Fièvre plus persistante.
Douleur thoracique ordinairement vive, localisée, préoccupant surtout le malade.	Douleur nulle ou légère, habituellement vague.
Toux nulle ou insignifiante.	Toux fréquente, préoccupant souvent le malade.
Crachats nuls ou muqueux, transparents.	Crachats muco-purulents, opaques.
Souvent aucuns râles humides; passagers et mobiles comme les autres signes, lorsqu'ils existent.	Râles humides persistants à la base des deux poumons en arrière; autres signes physiques également plus résistants.
Marche très-rapide, cessation du jour au lendemain par un traitement approprié; aucune suite appréciable.	Marche moins rapide quel que soit le traitement; diminution graduelle; la maladie peut passer à l'état chronique.

Congestion simple.	**Pneumonie franche.**
Fièvre éphémère.	Fièvre persistante.
Toux nulle ou rare.	Toux fréquente.
Crachats nuls ou transparents, non adhérents, maculés quelquefois de sang rouge non mélangé intimement avec eux.	Crachats visqueux adhérents, diversement colorés par le sang qui y est intimement combiné.
Matité, souffle et râles crépitants (lorsque ces râles existent), disparaissant souvent du jour au lendemain; pas de bronchophonie; pas de vibrations thoraciques très-exagérées.	Matité, souffle et râles crépitants persistant quelquefois même pendant la convalescence; bronchophonie manifeste avec exagération des vibrations thoraciques.
Guérison très-rapide.	Guérison graduelle.

(*Arch. de méd.*, août, sept. et oct.)

CONGRÈS. L'institution des congrès médicaux en France est d'origine toute récente, sauf celui de 1845, qui eut un si grand retentissement, et dont les délibérations allaient recevoir la consécration législative, en imprimant de profondes réformes libérales à la législation médicale encore en vigueur, quand l'éclat subit de la révolution de 1848 fit échouer ce grand projet. Il n'y avait pas été donné suite, lorsqu'en 1863, quelques médecins de Rouen conçurent l'idée de le faire revivre. Seulement, les temps étaient bien changés : au lieu de questions d'organisation, d'intérêts professionnels, il ne s'agissait que de questions scientifiques dont le programme fut publié d'avance. On vit surtout là un moyen de décentralisation scientifique. Tous les médecins français furent invités à y prendre part, et leur concours fut assez nombreux pour que l'année suivante, en 1864, Lyon prît l'initiative de renouveler cette

louable entreprise. Avec un programme de questions plus restreintes et plus précises, le succès n'en fut que mieux assuré ; tellement que Bordeaux voulut suivre l'exemple en 1865. Sous la présidence de MM. Bouillaud et Gintrac, cette réunion eut un grand éclat. La discussion de questions toutes pratiques y fut brillante, et dès lors l'avenir de ces réunions médicales annuelles paraissait définitivement assuré, lorsque des événements doublement malheureux, la guerre en Allemagne et le choléra en France, vinrent en interrompre, en suspendre le cours. Strasbourg, fixé comme lieu de réunion de ce quatrième congrès médico-chirurgical, après en avoir fait tous les préparatifs par l'organe de la Société de médecine, se vit contraint d'en proroger l'exécution. Et comme il avait été résolu à Bordeaux qu'en vue de la grande exposition internationale de 1867, un congrès médical international aurait lieu en même temps à Paris, celui de Strasbourg n'aura lieu qu'en 1868. Quant à celui de Paris, en voici le programme.

Congrès médical international de Paris. Il sera ouvert le 16 août 1867, sous les auspices de S. Exc. le ministre de l'instruction publique ; exclusivement scientifique, sa durée sera de deux semaines.

Seront membres fondateurs les médecins français qui en feront la demande au Comité d'organisation ; le prix de la souscription est fixé à 20 francs, payables à M. le docteur Vidal, trésorier, 149, rue Neuve-des-Mathurins, à Paris.

Seront membres adhérents les médecins étrangers qui enverront leur adhésion à M. le docteur Jaccoud, secrétaire général, 4, rue Drouot, à Paris, sans aucune contribution pécuniaire.

Fondateurs et adhérents auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Les questions proposées par le Comité sont :

I. Anatomie et physiologie pathologiques du tubercule. — De la tuberculisation dans les différents pays et de son influence sur la mortalité générale.

II. Des accidents généraux qui entraînent la mort après les opérations chirurgicales.

III. Est-il possible de proposer aux divers gouvernements quelques mesures efficaces pour restreindre la propagation des maladies vénériennes ?

IV. De l'influence de l'alimentation usitée dans les différents pays sur la production de certaines maladies.

V. De l'influence des climats, des races et des différentes conditions de la vie sur la menstruation dans les diverses contrées.

VI. De l'acclimatation des races d'Europe dans les pays chauds.

VII. Des entozoaires et des entophytes qui peuvent se développer chez l'homme.

Afin de limiter et préciser ces questions, des commentaires détaillés indiquent les points sur lesquels les études doivent être spécialement dirigées.

Les fondateurs et adhérents qui désireront faire une communication sur une des questions du programme ou sur un autre sujet, sont priés d'adresser leur travail à M. le secrétaire général, trois semaines au moins (26 juillet) avant l'ouverture du Congrès. Le Comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Les séances du Congrès auront lieu tous les jours, le dimanche excepté. Elles se feront alternativement le jour et le soir. Les séances du jour dureront de deux à six heures ; celles du soir auront lieu de huit à dix heures.

Chaque question n'occupera qu'une séance, et l'ordre du jour sera ainsi réglé : 1° lecture sur les questions du programme ; 2° discussion ; 3° si le temps le permet, communication des travaux laissés à l'initiative individuelle. Les séances du soir leur seront exclusivement consacrées. Un maximum de vingt minutes sera accordé pour chaque lecture.

A la première séance, le Congrès nommera son bureau.

Le Congrès terminé, le Comité d'organisation reprendra ses fonctions pour procéder à la publication des actes.

Tous les mémoires lus seront déposés, après chaque séance, entre les mains du secrétaire général et seront la propriété du Congrès.

Les élèves en médecine recevront des cartes d'entrée, mais sans être admis à prendre la parole.

CONJONCTIVITE. *Compression.* Imitant les tentatives du docteur Mac Donnell à ce sujet, M. W. Stokes soumet la conjonctivite granuleuse palpébrale à la compression avec un ophthalmostat composé de deux plaques d'ivoire plus épaisses

sur le bord portant sur la partie réfléchie de la conjonctive, où les granulations sont généralement plus abondantes et volumineuses. A l'extrémité inférieure de la plaque interne est fixé un petit ressort élastique, terminé par un large bouton exerçant une légère pression sur la partie antérieure et convexe de la plaque externe, mobile et simplement fixée à l'autre par une tige recourbée qui se visse sur une tige droite en boudin.

D'une application facile par le malade lui-même, cet instrument reste en place trois à quatre heures par jour, ou plus longtemps, suivant la tolérance des malades. Expérimenté dans trois cas à l'hôpital Meath, chez des garçons de dix-huit, dix-neuf et vingt-quatre ans atteints depuis un temps indéterminé, et traités vainement par les scarifications et les caustiques, ce moyen mécanique amena une amélioration suivie de la guérison radicale dans deux cas (*Dublin quarterly Journ.*, février). Le principe admis, il sera facile de varier les moyens de compression en les perfectionnant, d'autant plus que celui-ci ne paraît pas des plus commodes à appliquer.

CONSANGUINITÉ. Ce que la statistique a été impuissante à décider : l'influence sanitaire des mariages consanguins sur leurs produits, le raisonnement, l'induction l'établissent. Des résultats statistiques ne montraient que des contradictions, et cela devait être, selon les séries, les pays, les conditions dans lesquelles les observations se font. Les croisements des animaux ne faisaient qu'augmenter la difficulté de la solution. M. Rambosson, en expliquant que la consanguinité chez l'homme comme chez les animaux élève l'hérédité des défauts comme celle des qualités physiques et constitutionnelles à sa plus haute puissance, a donné le mot de l'énigme. L'homme compte le plus de maladies. Ses passions, ses vices, ses malheurs, ses travaux, toutes les causes morales, en un mot, viennent s'ajouter aux mille causes physiques tendant à abréger ses jours ; aussi peut-on dire que, même les plus sains, ont toujours quelques principes d'une maladie ou quelques tendances à une affection.

D'ailleurs, si l'homme se guérit d'une maladie, il en conserve les tendances, et tout concourt alors à les transmettre à sa progéniture et à les y développer. Car, dans la famille, on respire le même air, on fait usage de la même nourriture, on prend les mêmes habitudes, etc., etc., et souvent la mala-

die est la conséquence de ces conditions journalières donnant aux individus qui y sont soumis, un air de famille, quelque chose de commun au physique ou au moral.

Il est ainsi bien rare que les membres d'une même famille et des plus proches parents ne soient pas portés à avoir des affections communes; et, il est reconnu que cette tendance devient une réalité dans les produits des consanguins. D'où le danger infiniment plus grave pour l'homme d'avoir des produits funestes dans ce genre d'union que les animaux, dont l'instinct les guide plus sûrement qu'une intelligence perspicace aux aliments, au régime qui leur convient pour se conserver en santé et se guérir en maladie. Les germes en peuvent donc disparaître de leur organisation, tandis qu'ils sommeillent parfois dans l'homme à l'état latent pendant plusieurs générations, n'attendant qu'une circonstance pour se développer avec violence, et que les alliances consanguines réalisent au plus haut degré.

On ne doit donc appliquer à l'homme les principes de la zootechnie qu'avec une extrême circonspection. (*Acad. des sc.*)

CONSTIPATION. *Atropine.* Une interprétation nouvelle de son mode d'action est donnée par M. Flemming : ce serait de suspendre la sécrétion muqueuse sur l'intestin comme à la gorge, suspension indiquée par le sentiment de sécheresse. Ce contact des matières fécales devenant ainsi plus sensible, il provoque la contractilité expulsive. Son action astringente sur le système artériel, s'exerçant de même sur l'intestin congestionné, et ainsi rendu inerte, favorise ensuite son action naturelle. On n'a jamais poussé plus loin l'explication de phénomènes aussi mystérieux.

Elle n'est pourtant guère en rapport avec la médication que l'auteur réglemente ainsi.

Matin et soir il administre à jeun le mélange suivant :

℞ Sulfate de magnésie.	4	grammes.
Acide sulfurique aromatisé.	10	gouttes.
Teinture d'orange.	4	grammes.
Eau.	32	—

A la dose du soir, on ajoute 10 gouttes de la solution suivante, en augmentant de deux gouttes chaque jour, jusqu'à la dilatation de la pupille, et en diminuant de même.

℞ Atropine	5 grammes.	
Eau distillée	20	—
Acide chlorhydrique	Q. s.	
Alcool rectifié	20	—

Mêlez.

(*Brit. med. Journ.*)

Ce traitement compliqué n'est pas de nature à faire adopter la théorie du médecin anglais ni à y recourir. Avant tout, il faudrait déterminer comment la constipation est produite et quelle cause l'entretient. Et puis les 4 grammes de magnésie administrés chaque jour n'ont-ils pas une action dans l'effet obtenu? C'est l'histoire de la soupe aux cailloux. A ce compte, le sulfate d'atropine deviendrait aisément fébrifuge en l'associant au sulfate de quinine. (*J. de méd. de Bordeaux*, avril.)

M. Stephenson l'a combattue avec la pepsine, ayant une action bien plus probable chez les enfants qui digèrent imparfaitement. — Voy. PEPSINE.

Café-séné. Moyen excellent, employé par plusieurs aliénistes, pour les malades qui répugnent à prendre médecine. On dissimule ici d'autant mieux la chose, qu'il purge doucement, sans irritation, et maintient après coup la liberté du ventre. En voici la formule employée à l'asile de Quatremares :

℞ Follicules de séné	12 à 20 grammes.	
Café en poudre	10	—
Eau bouillante	180	—
Lait bouilli	120	—
Sucre	40	—

L'eau bouillante est versée sur le café et le séné, et après une heure d'infusion, on passe avec expression et l'on ajoute le sucre et le lait. A prendre en une ou deux fois.

CONTAGION. La ville de Boston a répondu à la question de la contagiosité de plusieurs maladies, en adjoignant à son hôpital municipal un nouveau pavillon de deux étages, divisés en vingt-quatre chambres de deux lits seulement, pour l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, la variole exceptée; et ce n'est pas seulement le choléra qui est rangé dans cette classe, mais l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la gangrène, le typhus, etc. C'est au moins là un acte de prudence qui, sans

résoudre la question, encore à l'état de problème, pourra l'éclaircir. (*Union méd.*, n° 66.) Voy. Choléra.

CONVULSIONS. *Compression des carotides.* Trois observations rapportées par M. Févez attestent hautement l'efficacité de ce moyen. C'était chez des enfants qui, subitement ou à la suite de chute, de frayeur, furent pris de mouvements convulsifs, soit bornés à un côté du corps, soit des deux côtés à la fois. Chez tous les trois, les mâchoires étaient fortement contractées et serrées l'une contre l'autre. Les moyens ordinaires : sinapismes, sangsues, antispasmodiques, avaient été employés en vain, lorsque la compression de la carotide du côté non convulsé fit immédiatement cesser la contraction. Dans un cas même, la carotide droite étant comprimée, le côté gauche tomba aussitôt en résolution, tandis que la contraction persistait à droite. Il suffit de comprimer la carotide gauche pour la voir cesser à l'instant; preuve de l'effet direct de ce moyen.

Dans les trois cas, d'ailleurs, les mâchoires se desserraient, l'enfant s'endormait et se réveillait ensuite parfaitement gai, en pleine connaissance, sans que l'accès se soit reproduit ensuite. (*Bull. de la Soc. méd. d'Amiens*, 3e année.)

La simplicité du moyen, son emploi facile autant que sa rapidité d'action, ne permettent pas d'en négliger l'usage, en présence de la frayeur que ces convulsions jettent dans les familles, et l'effet lent et incertain des médications usuelles. Un succès aussi immédiat et comme merveilleux est le plus propre à assurer le crédit de la médecine et de ses ministres.

COQUELUCHE. *De la coqueluche; essai de traitement par les émanations des usines à gaz.* Thèse inaugurale par Ed. Roques, Paris, 1866. Exposition simple de la question de ce nouveau mode de traitement, appuyée de vingt-quatre observations. Analyse exacte de son mode d'action et des agents qui y contribuent, mais l'on n'y trouve que la mention des objections qui y ont été faites, sans leur critique, ni une réponse en règle.

CORDON OMBILICAL. *Danger de l'omission de la double ligature.* S'il est de pratique courante d'appliquer une ligature sur l'extrémité fœtale du cordon ombilical avant de le couper,

il n'en est pas de même de celle que certains accoucheurs recommandent d'appliquer sur l'extrémité placentaire. Cette pratique est de plus en plus tombée en désuétude et souvent négligée. La précaution n'est pourtant pas inutile, car en prévenant le danger d'une hémorrhagie par cette voie, on provoque la congestion des vaisseaux placentaires qui, suivant plusieurs praticiens, aide et favorise le décollement rapide du placenta. On a même été jusqu'à proposer l'injection de ces vaisseaux dans ce but. Ces avantages seuls ne devraient jamais la faire omettre, et devant les dangers réels, graves, mortels, inhérents à cette omission, on ne comprend pas que l'on s'y expose. Voici un exemple de la nécessité de la pratiquer en règle.

Après une application de forceps, M. le docteur Verrier s'étant aperçu, la tête dégagée, qu'une circulairo du cordon étreignait le cou de l'enfant, s'empressa de couper ce cordon avant le dégagement des épaules, et, l'enfant étant bleuâtre, à demi asphyxié, il s'occupa de le ranimer en laissant couler le sang des vaisseaux ombilicaux avant de placer une ligature sur l'extrémité placentaire. Il se borna à la faire pincer par le mari et à n'appliquer ensuito qu'une ligaturo peu serrée et à un seul tour. Aussi quel ne fut pas son étonnement, aprés avoir complété les soins à donner à l'enfant, de voir une grande quantité de sang écoulée, sans que le périnée fût ensanglanté. Ce n'est qu'en plaçant l'extrémité pendante du cordon dans la cuvette pour recevoir le délivre, qu'il s'aperçut qu'une hémorrhagie considérable se produisait par la veine ombilicale, malgré la ligature; le sang sortait par un jet continu, de la grosseur d'une plume de corbeau, depuis une demi-heure environ ; une ligaturo plus serrée l'arrêta immédiatement.

Mais l'accouchée, déjà anémique, avait perdu ses forces ; elle était d'une pâleur extrême, et fut saisie d'un froid intense que des calorifiques et des stimulants ne dissipèrent qu'en partie. Le cordon ayant cédé aux tractions, il fallut introduire la main dans l'utérus. Le col ótait largement ouvert, et un enchatonnement renfermant le placenta existait dans la partie supérieure. Semblable disposition s'est présentée à nous tout récemment, rue d'Anjou-Saint-Honoré, 78 : l'enchatonnement était à droite, et co fait, joint aux témoignages rapportés par M. Verrier, prouve qu'elle n'est pas si impossible que certains auteurs modernes sont disposés à l'admettre. Ne pouvant franchir le rétrécissemont, j'attendis, et, plus heureux que M. Ver-

rier, quelques heures après, l'expulsion avait lieu spontanément, tandis qu'il fut obligé de l'effectuer artificiellement, mais sans aucune perte de sang.

C'est après avoir donné ses soins à l'accouchée, et l'avoir placée dans les meilleures conditions de repos et de calorification, que M. Verrier la quitta deux heures après, bien que du refroidissement persistât; mais à peine était-il descendu au rez-de-chaussée qu'on le pria de remonter aussitôt; cette dame venait d'être prise d'une syncope qui, malgré les soins les plus empressés, se termina par la mort. (*Gaz. des hôp.*, n° 16.)

Il est aisé sans doute aux opposants de la double ligature de soutenir que la mort est étrangère à l'hémorrhagie et de la rapporter à la syncope, comme cela a lieu ordinairement. On peut toujours nier quand la démonstration n'est pas mathématique; mais, pour tous les praticiens non prévenus, ce fait sera une raison pour ne pas même laisser soupçonner qu'une telle omission puisse être la cause de cette catastrophe, en redoublant de soin et d'attention à pratiquer cette ligature de l'extrémité placentaire du cordon. Lors même que l'état de l'enfant ou un accident quelconque réclame les soins immédiats de l'accoucheur, il est toujours possible de la remplacer par un nœud coulant, avec l'extrémité pendante du cordon dès qu'il est coupé, comme nous avons l'habitude de le faire en pareil cas.

Brièveté. Dans les présentations pelviennes mieux que dans celles de la tête, il est possible de s'assurer de bonne heure qu'elle n'est pas produite par un roulement et qu'une anse n'est pas placée entre les cuisses de l'enfant, comme M. Depaul en signale un exemple mortel par ce fait (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, juin). Au danger de la compression s'ajoute en effet celui de la tension, du tiraillement. La lenteur du dégagement des extrémités inférieures en est le meilleur signe, quand la dilatation est complète. Auquel cas il faut sectionner cette anse sans retard et terminer promptement l'accouchement.

COXALGIE. *Immobilisation.* Un nouvel appareil inamovible a été imaginé dans ce but par M. Bouvier. Il est en cuir moulé, renforcé de bandes d'acier, et se compose de deux valves, antérieure et postérieure, réunies latéralement par des

laçures avec l'intérieur convenablement matelassé. La circonférence de l'abdomen du bassin et de la cuisse malade jusqu'au-dessus du genou en sont exactement embrassés. La hanche ainsi immobilisée permet le mouvement, la marche, l'exercice avec des béquilles. Employé au début, il prévient la douleur résultant des mouvements de l'articulation et en empêche la déviation. Plus tard, il sert à maintenir le redressement, quand il n'y a plus de douleurs. (*Acad. de méd.*)

M. Le Fort a présenté aussi à la *Société de chir.*, avril, un autre appareil avec la modification de plusieurs écrous qui écartent ou rapprochent, mobilisent ou immobilisent l'articulation malade. La description de ces appareils compliqués ne peut guère en faire comprendre le mécanisme, il faut les voir, les appliquer pour s'en faire une idée exacte. L'inventeur attribue à celui-ci l'avantage de remplir toutes les indications. Sa rapidité d'application et d'enlèvement est un grand avantage sur les autres appareils.

Résection coxo-fémorale. Les succès répétés de cette opération, notamment ceux obtenus par M. Bœckel et M. le professeur Sédillot, à Strasbourg, ont encouragé ce dernier à la répandre, à la vulgariser en en recommandant l'emploi surtout contre les coxalgies chroniques ; l'absence de synoviales converties en surfaces plus ou moins épaisses, vascularisées, indurées, revêtues d'une membrane pyogénique, formant barrière aux infiltrations purulentes et localisant les accidents. Aussi, en donnant une issue libre et permanente au pus, est-on étonné de la simplicité et de l'innocuité des opérations. Mais il en est tout autrement dans les coxalgies traumatiques. Malgré la bonne santé des blessés et l'intégrité des tissus circonvoisins, les plus terribles accidents sont à redouter. L'étranglement, l'inflammation, la douleur, les infiltrations diffuses, les suppurations étendues au loin dans l'épaisseur des membres, la rétention et l'altération des liquides, les résorptions purulentes et putrides, deviennent des causes habituelles et imminentes de mort. Il est donc urgent de bien distinguer à cet égard.

Quant au procédé, M. Sédillot insiste sur les avantages qu'il y a à borner la résection au col du fémur sans en luxer la tête, comme on l'a généralement conseillé. Il précise le moment de l'opération et le mode de pansements consécutifs. (*Acad. des sc.*, octobre).

CRANE. Voy. Tumeur dermoïde.

CROUP. Diagnostic. En en simulant les accès de toux, de suffocation et d'asphyxie, la présence d'un corps étranger dans les bronches se distingue du vrai croup par le développement subit des accès et le défaut de fièvre le plus souvent, ainsi que des autres symptômes locaux, comme en témoigne une nouvelle observation de M. Racle, recueillie à l'hospice des Enfants assistés, sur un enfant de deux ans. Après deux vomitifs, les accès persistant, il allait pratiquer la trachéotomie, lorsque du mieux survint. Les accès reparurent encore alternativement avec de l'amélioration, quand l'expectoration de pus mêlé de sang semblait déceler l'existence d'une laryngite aiguë avec boursouflement considérable de la muqueuse et du tissu cellulaire laryngé. Au contraire, l'autopsie montra, dans la première division bronchique, une poire en verre bleu de boucle d'oreille enkystée, ayant des parois déjà assez épaisses, avec pus à l'intérieur et broncho-pneumonie alentour. (*Gaz. des hôp.*, n° 145, 1865.)

L'expulsion de fausses membranes apparentes avec les vomissements, comme un exemple en est relaté, *année* 1864, s'explique ainsi au début par le développement de ces fausses membranes autour du corps étranger, dues à l'irritation qu'il développe et dans lesquelles il s'enkyste.

Traitement. Un médecin de Mayenne, M. Trideau, a préconisé, dans une monographie répandue à profusion, sous l'égide de la doctrine de la spécificité, un nouveau traitement interne dont tous les organes se sont occupés à l'envi, sinon pour en examiner, en contrôler la valeur, ou en vanter l'efficacité, du moins pour en faire connaître les détails. C'est beaucoup, et s'il est désirable que la critique scientifique s'exerce davantage, surtout en cette matière, pour éclairer les praticiens sur la valeur réelle de ces remèdes empiriques, parfois bizarres, de ces médications absurdes proposées à leur confiance, et les défendre de l'enthousiasme souvent irréfléchi de leurs auteurs, voyons en quoi consiste ce traitement, et sur quelles bases il repose.

C'est à l'occasion d'une épidémie de diphthérite qui sévit, il y a cinq ans, dans les cantons de Chaillans et de Mayenne-est, que l'auteur fut appelé à l'expérimenter. Les médications topiques, la cautérisation en particulier, employées au début,

restant impuissantes, 200 personnes environ succombèrent en peu de temps. Convaincu dès lors qu'une médication générale était rationnelle contre une affection générale et pouvait seule en triompher, et assimilant, d'après Cabanis, la diphthérite aux affections catarrhales, il fut conduit par l'analogie à essayer contre elle les balsamiques, dont l'action est si bien connue et démontrée sur celles-ci. Il recourut ainsi au baume de copahu et au styrax, auquel il fit bientôt succéder le poivre cubèbe, qu'il emploie séparément et alternativement, le premier sous forme de sirop, selon la formule suivante :

Copahu.	80	grammes.
Gomme en poudre.	20	—
Eau.	50	—
Essence de menthe poivrée.	16	gouttes.
Sirop de sucre.	400	grammes.

On émulsionne le baume de copahu avec l'eau et la gomme ; on ajoute l'essence, puis le sirop, dont on administre une demi-cuillerée à bouche toutes les deux heures. Dans l'intervalle, on donne également toutes les deux heures une cuillerée à bouche du mélange suivant :

Poivre cubèbe récemment pulvérisé. .	12	grammes.
Sirop simple.	240	—

Mélangez dans un mortier de porcelaine.

Pour les enfants, les doses sont réduites à moitié, soit 6 grammes de poivre cubèbe dans les vingt-quatre heures, et douze cuillerées à café de sirop de copahu, à moins que la gravité du cas ne commande de doubler ces doses ordinaires, aussi bien pour les enfants que pour les adultes, c'est-à-dire en portant le cubèbe à 24 grammes par jour pour ceux-ci et à 12 pour ceux-là.

A si haute dose, il est aisé de prévoir que cette médication ne peut être supportée longtemps. Après vingt-quatre heures d'usage, le sirop de copahu n'est ordinairement plus toléré, malgré l'addition de 1, 2 ou 3 gouttes de laudanum par 30 grammes pour le rendre plus supportable. Certains malades même en éprouvent une telle répugnance tout d'abord, qu'ils ne peuvent absolument pas continuer. Il serait dangereux d'insister, surtout chez les malades affaiblis. On peut essayer alors les capsules et les dragées de copahu et de cubèbe, qui, par l'absence d'odeur, peuvent y suppléer avec avantage.

D'après l'auteur, ce traitement aurait un effet merveilleux. En général, l'angine couenneuse y cède en trois à quatre jours; rarement elle résiste pendant un septénaire. Sur plus de 300 malades qui y ont été soumis, la guérison aurait été constamment aussi prompte toutes les fois qu'il a pu être administré durant la première et la deuxième période. *Le croup consécutif et le croup d'emblée feraient seuls exception.* Et, en effet, sur les 26 cas signalés, il n'y a que 3 cas de mort attribués bien entendu, ici, à la négligence à suivre le traitement en temps voulu ; là, à une paralysie consécutive s'opposant absolument à l'alimentation. Mais il faut bien le dire, pas une des 23 autres n'est concluante au point de vue de la réalité du croup. Aucun détail clinique n'est donné. Le plus souvent, les malades adultes viennent à pied, et les enfants sont amenés de plusieurs kilomètres de distance après plusieurs jours de mal à la gorge, avec ou sans toux, et une fièvre intense s'élevant jusqu'à 100 pulsations (obs. VII), pour consulter M. Trideau, qui se borne à constater les fausses membranes sur les amygdales ou la luette, sans les décrire, pour ordonner son spécifique et déclarer la guérison deux ou trois jours après. Si l'existence d'une épidémie d'angine est démontrée par le grand nombre de malades atteints simultanément d'une affection analogue, sinon identique, de la gorge, il est impossible d'en déceler la nature et de s'en faire une idée exacte d'après cette narration. Mais il y a loin de là aux relations d'épidémies croupales faites par les Bretonneau, Trousseau et E. Boudet, avec qui nous l'avons observée à l'hôpital des Enfants en 1840. Trop préoccupé de l'infaillibilité des balsamiques contre la diphthérie, qu'il déclare égale au quinquina comme antipériodique, l'auteur a fait une odyssée personnelle en faveur de sa grande découverte plutôt qu'un compte rendu de cette épidémie. La fausse membrane diphthéritique serait à la sécrétion catarrhale ce que l'eau est à la glace, l'albumine filante, translucide, à l'albumine cuite, concrète, opaque, c'est-à-dire identique. L'exanthème, qui apparaît comme un effet ordinaire et bien connu de la copahine, serait antagoniste et substitutif à la fois de l'exanthème morbide comme infailliblement corrélatif à sa disparition, et tout cela en raison des sympathies physiologiques des muqueuses avec la peau. On n'est pas plus ingénieux ; mais nous estimons que quelques exemples types bien observés et bien décrits, — et il n'y avait que l'embarras du choix dans un si grand nombre. — avec la

statistique, le classement des autres, eussent été bien plus convaincants.

Un praticien éclairé du Midi, M. le docteur Lavergne, de Labessonié, ancien Constituant, a fait ressortir cette insuffisance à propos d'une observation exemplaire de *croup d'emblée* guéri par l'émétique et les attouchements d'alun (*Gaz. des hôp.*, n° 4). Les observations de M. Trideau ne l'ont pas convaincu de l'efficacité des balsamiques, et, après une pratique de vingt-cinq ans et l'expérience de plusieurs épidémies de diphthérie, il nie la réalité du croup au moins deux fois sur trois. Or, la guérison spontanée ou par un traitement fort simple en quatre, cinq ou six jours, d'une amygdalite couenneuse, n'a rien d'étonnant, dit-il. Le croup même guérit parfois, comme il en fournit la preuve par le seul fait du vomissement répété auquel il donne la préférence, sans qu'il soit nécessaire d'en faire spécialement honneur aux balsamiques. Il se propose toutefois d'en juger la valeur à la première occasion, et c'est ce que nous recommandons de même à tous les praticiens.

Vomitifs répétés. — Comme plusieurs de ses confrères, M. Lavergne, après avoir employé successivement ainsi tous les moyens préconisés : cautérisations répétées, mercuriaux, calomel, sangsues, vésicatoires, perchlorure de fer, etc., etc., en est arrivé à donner la préférence aux vomissements répétés, dont le beau succès précédent montre les avantages. Ne pas tourmenter les petits malades par toutes ces pratiques presque barbares; les soutenir par l'alimentation ; revenir sur le vomitif sous la forme la mieux supportée et la moins désagréable toutes les fois que la dyspnée se manifeste pour l'expulsion des fausses membranes, en cautérisant légèrement les surfaces mises à nu si les petits malades n'y mettent pas trop d'obstacles, telle est la conduite de ce praticien éclairé. (*Gaz. des hôp.*, n° 4.)

Tannin. Après son emploi topique vanté surtout par Loiseau, son usage interne est préconisé par le docteur Sébastien sous la forme suivante :

℞ Eau de tilleul	110	grammes.
Acide gallique pur	1 à 2	—
Sirop de Tolu	40	—

Mêlez. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures jusqu'à cessation des accidents.

Soufre. Encore un prétendu spécifique comme il s'en présente trois ou quatre, bon an mal an. Quand viendra donc le vrai? Ici, c'est après avoir épuisé en vain les plus récemment préconisés : vomitifs coup sur coup, perchlorure de fer, chlorate de potasse, sirop de cubèbe et de copahu, sur douze enfants de quinze mois à huit ans atteints dans sa commune, du 23 septembre 1865 au 25 janvier 1866, et tous morts, que M. le docteur Laganterie eut recours au soufre. Reconnaissant qu'une affection se généralisant, comme la diphthérie, sur toutes les surfaces dénudées, ne saurait être une maladie des muqueuses, comme le prétend M. Trideau pour justifier l'emploi et les prétendus succès du copahu, il l'assimile, au contraire, à l'oïdium. Le remède était tout trouvé : il administre aussitôt une cuillerée à bouche de fleur de soufre délayée dans un verre d'eau par cuillerée à bouche d'heure en heure, et, dès lors, le miracle est opéré. Du jour au lendemain, et presque instantanément, l'amélioration est évidente, et pas un des sept cas traités ainsi n'est mortel. (*Gaz. des hôp.*, n° 88.)

C'est trop merveilleux ! et pas une observation, pas un fait détaillé, ne venant appuyer ces assertions, on ne peut y ajouter foi. Le médecin ayant conscience d'un fait aussi grave et considérable, ne l'établit pas par une simple lettre. Mort ou guérison ne sont pas un critérium suffisant du diagnostic, même dans une affection aussi bien connue que le croup. D'ailleurs, depuis longtemps préconisé déjà par M. Jodin, le soufre est loin d'avoir donné les résultats annoncés.

Joubarbe. Préconisée par M. le docteur Garin, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, comme un spécifique de l'éruption diphthéritique. C'est en la voyant administrer aux animaux de basse-cour, dans les épidémies de stomatite, angine et laryngite pseudo-membraneuse qui les atteignent, qu'il a été conduit à l'employer chez l'homme, et « depuis bientôt huit ans qu'il en fait usage, sur vingt cas de croup qu'il a traités chaque année, il en a constamment guéri les trois quarts : encore plusieurs des cas réfractaires avaient-ils été traités par d'autres moyens prônés de temps à autre. Quatre des derniers malades, traités selon la méthode de M. Trideau, ont ainsi succombé ».

C'est en macération, décoction ou toute autre préparation liquide, que cette plante vulgaire, qui croît sur les vieux murs, est employée avec le plus d'efficacité. L'auteur oublie d'en pré-

ciser les doses, sinon que, sous forme de sirop, on en fait prendre une cuillerée à bouche toutes les heures et une cuillerée à café aux enfants au-dessous de deux ans. (*Soc. de méd. de Saint-Etienne*, mars.)

Si la position officielle de M. Garin est une garantie de sa bonne observation, on aimerait cependant à en trouver des témoignages irrécusables. Il n'en cite pas d'autres, au contraire, que deux cas de stomatite pseudo-membraneuse consécutive, dont un observé en commun avec M. le docteur Million. On voit alors, dit-il, les fausses membranes disparaître avec rapidité sous l'action de la joubarbe, revenir si l'on en cesse trop tôt l'emploi, pour disparaître complétement par un usage plus prolongé. Mais comme il n'y a pas identité de cette maladie avec le croup, on ne peut en conclure de l'action de la joubarbe sur celui-ci ; et cela d'autant moins que l'auteur recommande d'employer concurremment les cautérisations et les insufflations de tannin. Tant qu'un remède n'est pas employé isolément, on ne peut conclure rigoureusement à son action thérapeutique et encore moins spécifique. Au lieu d'une certitude, il n'y a donc encore ici que de simples probabilités.

CUBÈBE. Voy. Blennorrhagie.

CURARE. Toxicologie. Des expériences de MM. Voisin et Liouville sur les lapins et les grenouilles, il résulte que dans l'empoisonnement avec le curare seul, le résidu du traitement des viscères ne donne aucune indication précise par les réactifs chimiques, c'est-à-dire que l'on ne parvient pas à obtenir les traces du poison. Aussi ne doit-on pas négliger l'examen de l'urine pour y rechercher le sucre que cet empoisonnement provoque. Mais les réactifs physiologiques sont ici le meilleur moyen d'en constater la réalité. Si la mort est due au curare, en injectant le résidu des viscères par la méthode hypodermique à un autre animal, on le voit offrir des phénomènes de l'intoxication curarique, c'est-à-dire immobilité et impossibilité de fuir par paralysie immédiate du train postérieur, puis frissonnements, convulsions cloniques générales, tremblements ondulatoires disséminés parcourant successivement toutes les parties du corps, flaccidité générale, accélération considérable des inspirations et des battements du cœur, parfois irréguliers, accidents qui peuvent se dissiper lentement, mais qui vont en augmentant;

au contraire, si la mort doit s'ensuivre. Alors il y a exophthalmie double, injection des conjonctives, hypersécrétion des larmes, variations brusques et extrêmes de la papille, augmentation de la chaleur centrale dans le rectum ou le vagin, et périphérique à la face et aux oreilles. La mort arrivée, l'ouverture faite immédiatement montre la persistance des battements du cœur, et tandis que les nerfs moteurs ne sont plus excitables au courant électrique chez la grenouille, les muscles conservent leur contractilité. Les nerfs sensitifs sont toujours intacts.

Établie sur ces signes nombreux et caractéristiques, la preuve de l'empoisonnement est aussi positive qu'en représentant le corps du délit. (*Ann. d'hygiène publ.*, juillet.)

CYSTOPATHIE. *Guérison par la taille.* Un enfant de quatre ans accusait depuis quelque temps des douleurs aiguës dans l'émission de l'urine, dont le jet sortait bifurqué ou en spirale, ou se suspendait tout à coup ; prépuce allongé. Bien que la première exploration n'eût pas décelé la présence du calcul supposé, un corps dur, résonnant, ayant été constaté par plusieurs chirurgiens à un second cathétérisme, la taille fut résolue et pratiquée par le docteur Jona, au moyen du procédé bilatéral de Dupuytren. L'opération fut rapide et sans accidents, mais le doigt introduit dans la vessie ne trouva aucun calcul. Quinze jours après, la plaie périnéale était cicatrisée et le malade entièment guéri. (*Giornale Veneto di sc. mediche.*)

Cette erreur n'est pas la première; d'éminents chirurgiens l'ont commise. Il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter, bien que l'on s'explique difficilement comment la sensation d'un corps dur puisse être perçue dans une cavité qui n'en contient pas, ni aucune tumeur quelconque. Comment expliquer surtout la guérison consécutive? Deux suppositions seules peuvent en rendre compte : c'est l'existence d'une valvule vésico-uréthrale divisée et disparue par la cystotomie, sinon l'existence beaucoup plus probable d'une lacération ou fissure de la muqueuse vésicale au voisinage du col, donnant lieu à des spasmes, guérie par une simple incision, comme cela se passe sur l'intestin et ailleurs. C'est ainsi que M. Richard en a rapporté des exemples concluants à la *Société de médecine de la Seine*, en 1865, notamment celui d'un médecin qui se mourait de douleurs vésicales, et qu'il fit cesser instantanément par la lithotomie.

D

DÉLIRE. Délire d'inanition. Se fondant sur des observations personnelles qu'il relate, M. Becquet établit que le délire d'inanition se présente sous un aspect toujours le même et ainsi caractérisé : délire calme et tranquille, provoqué par des hallucinations ayant deux degrés ou deux formes : l'une, *bénigne*, qui paraît au début do l'état que Chossat a désigné sous le nom d'*inanitiation*, et qui en est pour ainsi dire la première manifestation ; l'autre *grave*, dont l'apparition est plus lente, et précédée des symptômes d'une inanition déjà plus ou moins avancée, amaigrissement, prostration des forces, accélération du pouls sans augmentation de chaleur à la peau, etc. Dans l'une et l'autre forme le début est brusque, sans être précédé de symptômes cérébraux Dans la première, le malade prononce tout à coup des paroles incohérentes qui surprennent les assistants, et cependant répond encore pertinemment aux questions qu'on lui adresse ; mais bientôt, constamment occupé des hallucinations qui l'obsèdent, il ne s'en laisse plus distraire qu'avec peine, et y revient promptement. Dans la seconde, le délire, d'abord vague et intermittent, devient bientôt continu et se manifeste par un marmottement à peu près ininterrompu de paroles inintelligibles, par la fixité du regard vers un point de l'espace sur lequel l'attention semble se concentrer, par la carphologie, etc.

Mais le délire calme, halluciné, résultat d'une atonie cérébrale, n'est pas toujours un signe d'inanition. L'atonie du cerveau peut être aussi attribuée à l'influence déprimante de la cause morbide elle-même. En tout cas, ce délire indique l'emploi d'un traitement franchement tonique, tandis que le délire aigu, agité, annonce au contraire un état de surexcitation cérébrale, et trace une autre règle de conduite.

Dans le délire d'inanition, l'usage des révulsifs et des dérivatifs serait un non-sens ; donner l'opium, les antispasmodiques, serait inutilement fatiguer l'estomac et perdre un temps précieux ; il faut négliger le symptôme et traiter la maladie qui est l'inanition par une alimentation proportionnée à l'état du malade et de ses voies digestives, sans qu'aucune règle absolue puisse être édictée à cet égard. (*Arch. de méd.*)

Délire émotif. Analysant et spécialisant de plus en plus les actes déraisonnables, M. le docteur Morel décrit sous ce titre nouveau une névrose spéciale du système nerveux ganglionaire, confondue jusqu'ici avec l'hypochondrie, l'hystérie, l'épilepsie, la folie, et qui, suivant l'habile directeur de l'asile de Saint-Yon, doit en être séparée. Varié et mal circonscrit dans ses formes diverses, cet état névropathique est difficile à décrire.

La relation des faits peut seul en donner une idée exacte. Aussi l'auteur s'y est-il longuement appesanti dans sept observations types.

Une *impressionnabilité*, une *émotivité* morbide en est le caractère pathognomonique, essentiel, tellement que les malades subissant une impression quelconque, y conforment soudainement leur pensée sans que le raisonnement ni l'expérience puissent rectifier ces impressions et chasser les terreurs vaines qui les assiégent. Ils n'osent, par exemple, toucher la monnaie d'or, d'argent ou de cuivre, ils n'approchent qu'en tremblant d'une porte ou d'une fenêtre, et pour l'ouvrir prendront le pan de leur habit ou leur mouchoir pour ne pas la toucher, et si on les force à vaincre leur répugnance pour accomplir tel ou tel acte, des spasmes, des convulsions, de véritables syncopes se déclarent. Une sensibilité puérile se manifeste chez d'autres, qui pleurent sans motifs, se lamentent pour des causes futiles, se disant les plus malheureux, préférant la mort aux impressions, aux sensations qui les assiégent, comme la crainte d'une mort subite, la chute dans un puits, un précipice, la morsure d'un chien enragé, etc.

Tout en reconnaissant la sottise, l'inanité, le ridicule de leurs craintes, de leurs actes, ces malades avouent les avoir longtemps subies en secret et n'avoir pu s'empêcher par une intensité croissante de les manifester publiquement; ainsi la terreur d'entrer dans une voiture, de monter à un premier étage, de traverser une rue, une rivière, voir tel ou tel genre de spectacle, embrasser leur mari ou leur femme, leurs enfants, leur offrir même la main, saisir une arme tranchante, etc., etc. Tout en étant humiliés dans leur amour-propre de ces impressions *morbides*, ils les avouent et demandent instamment à en être délivrés.

Des troubles organiques non moins graves coïncident avec ces troubles psychiques. Au début, les malades accusent une douleur générale; ils souffrent de partout; sensation qui se traduit dans les cas légers par des inquiétudes vagues, le besoin de locomotion, l'impossibilité de rester en place et *crescendo*

par des états spasmodiques, des sensations douloureuses. C'est au centre épigastrique, dans la profondeur des entrailles, qu'ils localisent tout d'abord ces douleurs qui s'annoncent par une espèce d'*aura* et s'irradient dans tout le système cérébro-spinal. Des courbatures des membres, des migraines atroces, des chaleurs intolérables suivies de sueurs profuses et parfois des hyperesthésies localisées ont lieu. Un malaise indéfinissable, des anomalies de la circulation avec chaleurs et refroidissements, comme dans les fièvres d'accès, sont accusés.

Ces sensations varient individuellement et suivent la période du mal. A l'état aigu, le moindre phénomène extérieur est douloureux. Tout bruit fait tressaillir ces malades, tout les irrite, tout les agace. La vue, le regard, la parole des autres, les importunent et les font souffrir, tandis que plus tard, la tolérance paraît s'établir, la sensibilité s'émousse et il règne une torpeur, un engourdissement physique tel, que le médecin est embarrassé de savoir à quel ordre de système rattacher l'élément douloureux.

A ces rémittences succèdent des exacerbations dont une impression foudroyante est ordinairement la cause. Elle peut même devenir funeste chez les individus prédisposés à l'état chronique : les malades tombent dans l'indifférence et une sorte de misanthropie morose, exécutant leurs actes ridicules sans gêne, ce qui les fait passer pour des excentriques.

Diagnostic différentiel. Les troubles organiques montrent bien qu'il n'y a pas là maladie imaginaire. La privation de sommeil et d'appétit, les sueurs abondantes, les digestions difficiles, la constipation opiniâtre alternant avec des diarrhées colliquatives, l'amaigrissement et parfois la cachexie sont la preuve évidente de la souffrance de l'organisme. Le raisonnement, la description exacte de leurs impressions, distinguent ces malades des aliénés. Mais l'idée fixe, la manie do l'analyse de leurs sensations, l'hérédité, les rapprochent des hypochondriaques, et l'impressionnabilité exquise des femmes les assimile aux hystériques. Les spasmes, les étouffements, les plaintes, l'égoïsme de ces malades, les font confondre avec celles-ci.

Mais ni les hypochondriaques, ni les hystériques ne sont atteints subitement après une impression reçue comme les malades dont il s'agit ; ils n'en ont pas les exagérations do la sensibilité ni les craintes insensées de tomber, de mourir, do toucher, de

voir certains objets, d'ouvrir une porte, ni les commotions terribles et soudaines comme un accès d'épilepsie.

Étiologie. L'âge de trente-cinq à cinquante, comprenant l'âge mûr et de retour, est l'époquo où s'observe le plus souvent le délire émotif chez l'homme comme chez la femme. Il n'y a pas de différenco bien prononcée quant aux professions ni aux tempéraments. Une commotion violente, un grand danger, une mauvaise nouvelle inattondue, sont les causes le plus souvent agissantes chez des individus prédisposés par l'hérédité dans la majorité des cas. Aussi l'état nerveux des ascendants est-il à prendre en grande considération. La transition brusque des conditions de la vie, la ménopause, les pertes abondantes, les excès vénérieus, les veilles prolongées, les travaux intellectuels, ne sont que des causes fortuites de la manifestation de cette prédisposition héréditaire.

Bien que le *délire émotif* ne doive pas être confoudu avec la folie, il peut y conduire, aussi bien est-il urgent d'y porter remède de bonne heure. Les fébrifuges, les antipériodiques, les toniques dans la période aiguë, n'ont fait qu'empirer la situation; l'hydrothérapie au contraire, en enveloppements, affusions, immersions, et l'opium à doses progressives à l'intérieur, ont presque constamment produit le meilleur résultat, surtout si l'on en consolide l'effet par la persévérance et les toniques, les ferrugineux et les antipériodiques lors de la rémission. L'électricité dans l'état chronique sera aussi utile. (*Arch. de méd.*, avril, mai et juin.)

Le cadre de cette maladie nouvelle est mal défini. Comme la plupart des névroses, elle est protéiforme et presque insaisissisable, d'autant plus que par sa description diffuse, l'auteur a contribué encore à la rendre moins distincte. Au lieu de s'en tenir aux points saillants, aux signes prédominants, aux différences les plus accentuées pour fixer l'attention comme il convient de faire pour toute découverte, toute idée nouvelle, il a voulu l'envelopper dans son ensemble et, en s'appesantissant sur les détails, il n'a réussi par ses répétitions qu'à en donner une notion confuse, indécise. Tout en cherchant à éviter ce défaut, l'analyso précédente n'en est guère plus saisissante, et il est bien à craindre que les aliénistes ne voient là qu'une de ces formes variées de la monomanie raisonnante à laquelle chacun a donné un titre, un nom particulier, suivant son interprétation.

Tels sont ceux de folie du doute (Falret), folie morale (Lunier), délire partiel diffus (Delasiauve), monomanie avec conscience (Baillarger), lésion de sensibilité (Belloc), et que M. Morel a appelé lui-même délire systématisé. N'est-ce pas pour le systématiser, en effet, qu'il l'a appelé *délire émotif?* (*Soc. méd.-psych.*, avril.)

DELIRIUM TREMENS. *Tartre stibié à haute dose.* Chez un jeune homme atteint de fracture de côte, suite de contusion, des symptômes de cette névrose s'étant montrés dès le quatrième jour, le sirop de digitale fut administré à haute dose sans succès. Les accidents augmentant, M. Després fit prendre 100 grammes de sirop de morphine en huit heures, sans aucune sédation. On eut recours alors à une potion contenant 40 centigrammes de tartre stibié dans 150 grammes de véhicule, une cuillerée toutes les heures. Dès la troisième, le malade se calma et bientôt toute agitation cessa, les hallucinations disparurent, et de 100 le pouls tomba à 60. L'action de ce remède renouvelé de Stoll paraît donc positive. (*Bull. méd. de l'Aisne*, 1re *année.*)

Capsicum annuum. C'est le piment ou poivre-long que l'on emploie dans l'Inde, à la dose de 1^{gr},30 en poudre. Le docteur Lyons ayant répété la pratique des docteurs Lawson et Kinnear à cet égard, à l'hôpital de Whitworth, sur un garçon marchand de vin, en proie depuis cinq jours à des hallucinations extrêmes avec agitation, sueurs, tremblement, nécessitant la camisole de force, obtint un résultat immédiat; 30 grains de cette poudre ayant été administrés en bols, le sommeil s'ensuivit avec un réveil lucide quatre heures après (*Bull. de thérap.*, août). Le temps écoulé ainsi que l'administration préalable des *gouttes noires* sont des motifs de réserver son jugement sur ce fait unique, qui a besoin de se renouveler pour être concluant.

DENGUE. On désigne sous ce nom, au Sénégal comme en Espagne, une sorte de fièvre articulaire (*n' dayamoute n' vogni* des indigènes), endémo-épidémie des pays chauds que M. Thaly a observée à Gorée, en 1865, sur la garnison de l'île et une grande partie de la population européenne et indigène.

Ses prodromes sont le malaise de toutes les pyrexies et qui n'a de spécial que l'embarras gastrique, que l'élément bilieux, qui domine la pathologie locale, lui communique souvent. Des

douleurs articulaires plus ou moins généralisées, limitées aux articulations des doigts ou des orteils, du poignet et du pied dans les cas simples, en sont le caractère saillant et constant, sans processus inflammatoire, ni chaleur, ni gonflement. C'est une arthralgie essentielle, spécifique.

Une éruption généralisée même sur la conjonctive, sans règle fixe dans son apparition et qui peut simuler la roséole, la rougeole ou la scarlatine suivant son intensité, accompagne fréquemment cette fièvre articulaire. De là le nom de fièvre rouge exotique, qui lui est donnée à tort, puisque cet exanthème n'est pas constant et que, paru le soir, il peut être disparu le lendemain. Il peut se reproduire aussi les jours suivants sous forme intermittente, et indiquer ainsi une intoxication paludéenne qui réclame aussitôt l'usage du sulfate de quinine. Un de ses caractères constants et spéciaux est le gonflement érysipélateux du nez, tandis qu'il n'a ni l'angine, ni la desquammation des autres éruptions.

La mort n'est que très-exceptionnellement la suite de la *dengue*. Des délayants, quelques laxatifs, le calomel entre autres, un vomitif avec ipéca, suivant l'indication, suffisent ordinairement à en obtenir une solution favorable en quelques jours. L'usage des toniques et un bon régime en sont la suite obligée. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

DENTS. L'éthérisation locale, appliquée à leur extraction avec l'appareil de Richardson, n'a donné lieu qu'à une insensibilité inconstante et incomplète à M. Magitot. La poussière éthérée dans la bouche détermine la suffocation, qui arrête, suspend l'opération ; par sa condensation rapide, il en résulte des brûlures légères de la muqueuse. La vaporisation est aussi moins rapide qu'à l'extérieur, surtout au fond de la bouche. La réfrigération complète d'une dent est d'ailleurs difficile, par l'épaisseur de la couche dure de la dent et sa faible conductibilité. Elle n'est ainsi applicable qu'à la partie antérieure des mâchoires, sur des dents bien isolées, et seulement utile quand la douleur est produite par le périoste ou la gencive, en raison de la situation superficielle de ces deux parties. (*Bull. de thér.*, juin.)

Trépanation et cautérisation. Dans le cas d'hyperesthésie de la pulpe dentaire sans aucune lésion autre, M. le docteur

Moreau a prévenu heureusement, dans deux cas qu'il relate, l'extraction de la dent douloureuse en la trépanant. Immédiatement au-dessus du collet de la dent, à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de la face antérieure, lieu d'élection, vu le peu d'épaisseur de la paroi en cet endroit, il pratiqua avec un trépan assez fin une ouverture d'un millimètre de diamètre donnant accès dans la cavité dentaire; puis, à l'aide d'un équarrissoir, il l'agrandit de façon à porter son diamètre à 3 millimètres environ. Par cette ouverture, il introduisit une mèche imprégnée du mélange suivant : acide arsénieux, hydrochlorate de morphine, glycérine, et la ferma avec un bourdonnet de coton imbibé de teinture de benjoin. Pendant une à deux heures, douleurs assez vives dans un cas, presque nulles dans l'autre, se terminant par quelques légères sensations, de loin en loin, dans le courant de la journée; dès le soir même, les opérés ont pu dîner sans éprouver aucune gêne. Le lendemain, les pansements sont retirés ; il est même possible, sans provoquer de douleurs, d'arracher quelques fragments de pulpe mortifiée, mais déterminant encore de la sensibilité; une mèche arsenicale est placée plus profondément et renouvelée. L'insensibilité est alors absolue dans toute l'étendue de la cavité de la pulpe, et tout pansement arsenical est suspendu. Pendant les cinq ou six jours suivants, un bourdonnet de coton imbibé de teinture de benjoin est laissé dans la cavité, afin de s'assurer qu'il ne s'est pas développé d'inflammation du périoste alvéolo-dentaire ; la cavité de la pulpe et l'ouverture artificielle sont obturées par des feuilles d'or condensées. (*Abeille méd.*, n° 34.)

Protoxyde d'azote. Sans aucun danger, suivant M. Préterre, par son action anesthésique passagère, presque instantanée, cet agent serait bien plus convenable à produire l'insensibilité pour cette petite opération. Il l'a ainsi pratiquée un grand nombre de fois avec succès et une innocuité complète. — Voy. Anesthésie.

DÉSARTICULATION. Quoique ne comprenant pas exactement tous les cas, le relevé statistique suivant de ces opérations, au nombre de 135, pratiquées dans l'armée confédérée pendant la dernière guerre des Etats-Unis, n'est pas sans intérêt quant à leur distribution.

Désarticulations primitives.

		Guéris.	Morts.	Mortalité p. 100.
Épaule.	79	54	25	31
Coude	4	3	1	25
Poignet.	7	5	2	28
Hanche.	3	1	2	66
Genou	5	2	3	60

Désarticulations secondaires.

		Guéris.	Morts.	Mortalité p. 100.
Épaule	28	8	20	71
Coude.	3	2	1	33
Genou.	6	»	6	100

DÉSINFECTANTS. Selon M. C. Paul, les hyposulfites auraient cette propriété à un haut degré. Il a pu ainsi, avec des lavements d'hyposulfite de soude, désinfecter dans l'intestin les matières fécales d'un dysenterique qui infectaient la maison. De même l'odeur des lochies a été annihilée par des injections (*Bull. de thér.*, septembre). Il y aurait donc ainsi de nombreuses applications à faire avec ces agents, inodores sur le corps des malades ou autour d'eux, de préférence aux chlorures et à tous ceux qui dégagent des odeurs désagréables et pénétrantes.

DIABÈTE. Par suite des nouvelles expériences du professeur Schiff, démontrant que la fonction glycogénique du foie est subordonnée à un état pathologique du sang, à son ralentissement, sa stagnation, son arrêt dans un point ou un organe quelconque de l'organisme (voy. Glycogénie), le diabète pas plus que la glycosurie ne devrait être regardé comme une maladie locale, mais comme une réunion de symptômes pouvant exister dans différentes maladies de différents organes. La lésion anatomique, cause ou effet de la stagnation sanguine, peut se rencontrer partout ailleurs que dans le foie. Ce n'est qu'à la longue et par l'exagération même de sa fonction glycogénique que celui-ci pourra se trouver altéré dans sa texture. On doit donc considérer le diabète, dit ce savant physiologiste, comme l'albuminurie, c'est-à-dire une expression commune à différentes maladies, et non plus comme une entité pathologique. Beaucoup d'altérations rangées parmi les effets du diabète peuvent ainsi être regardées comme ses causes, la gan-

grène diabétique entre autres. Le diabète se développe ainsi pendant que la gangrène se prépare par le ralentissement ou la cessation locale de la circulation dans un membre. Il l'a ainsi réalisée expérimentalement par la ligature de la patte antérieure des chats. De même des cas d'embolie. Bien que le diabète soit le premier phénomène évident, il n'en est pas moins vrai qu'il n'est que l'effet de la maladie réelle et profonde qu'il faut rechercher. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, n° 4.)

Il y a loin là aux différentes théories d'alcalinité, de fermentation, de névrose mises en avant et soutenues encore pour expliquer la formation du sucre.

Contrairement à l'opinion qui rattachait la formation du diabète au défaut d'alcalinité du sang, s'opposant à la destruction complète de la glycose, à sa combustion, M. Mialhe la rattache aujourd'hui à l'influence du système nerveux. Le diabète serait une névrose générale affectant tous les nerfs qui président aux sécrétions. Mais ce n'est encore là qu'une ingénieuse théorie comme la précédente, dont il est impossible de vérifier la réalité par les faits. (*Acad. de méd.*, avril.)

Classification. Médecin aux eaux de Karlsbad, M. Seegen ayant eu occasion d'y observer un grand nombre de diabétiques, les distingue en trois catégories. Ceux chez lesquels la production du sucre reste indépendante de la nourriture, même exclusivement animale, et représentant le diabète classique, aigu, héréditaire, forment la première. Excessivement amaigris et ordinairement jeunes, ils ont la peau sèche, la langue rouge, sèche et fendillée, soif et faim presque toujours excessives ; urines très-abondantes.

Au contraire, ceux de la deuxième sont obèses, indiquant une bonne nutrition. La transpiration avec sécheresse de la bouche, de fréquents besoins d'uriner et surtout la fatigue après le moindre exercice sont les accidents prédominants, qui s'amendent rapidement dès que les féculents sont exclus du régime. Un régime sévère est donc ici de rigueur, et les malades peuvent se maintenir dans une santé relative pendant longtemps ; mais la moindre infraction suffit pour faire reparaître la glycosurie, qui active rapidement sa marche si on ne l'arrête.

A un degré moindre, les mêmes symptômes caractérisent

les malades de la troisième catégorie. Cette forme légère a surtout été observée chez les sujets ayant fait des excès vénériens. Le régime est tout-puissant dans ce cas, et suffit à combattre le diabète.

Inutile d'ajouter que les eaux de Karlsbad se sont montrées constamment efficaces dans les trois formes, bien que la guérison complète n'ait pas été obtenue une seule fois. (*Wiener medic. Wochenschr.*, nos 23 et 25.)

Lição clinica sobre alguns symptomas da diabete faite à l'École de Lisbonne par le professeur Jordão, broch. in-12. Lisbonne. Une étroite relation entre la pathogénie de cette maladie et les fièvres intermittentes en est la conclusion. La paralysie du grand sympathique en serait la cause commune. Rapprochant de même les hémorrhagies rectales qui se sont montrées dans le cas qui fait l'objet de cette leçon et que le savant observateur est disposé à attribuer à la gêne de la circulation dans le foie ; rapprochant, dis-je, ce fait des autres assez nombreux où des hémorrhagies sont signalées, il y voit une diathèse manifeste à cette effusion sanguine. C'est là, comme on voit, une nouvelle méthode de synthèse tout opposée à l'esprit d'analyse qui a présidé jusqu'ici en France à l'étude de cette maladie.

Symptomatologie. De même que M. Rayer l'avait déjà signalé, le docteur Walmé a observé des douleurs articulaires d'apparence goutteuse chez une paysanne de soixante-cinq, ans alternant avec des atteintes de polyurie accompagnées de soif violente. Au mois de juin 1865 survint une hémorrhagie intestinale; la cholérine, alors épidémique, y succéda bientôt conjointement avec une douleur tour à tour aiguë, sourde et accompagnée de fourmillements au gros orteil gauche avec gonflement douloureux à la pression de l'articulation tibio-tarsienne et du genou du même côté.

En août survint la soif, plus ardente que jamais. La malade buvait de l'eau fraîche, non par litres, mais par seaux, avec éjection proportionnelle d'urine claire, sans dépôt ni odeur et contenant du sucre en grande quantité. La digestion s'altère, vomissements, hoquet, renvois acides, constipation rebelle, amaigrissement prononcé. Les fourmillements persistèrent cette fois aux douleurs articulaires ; toute la constitution est profondément altérée, et le 27 octobre apparaît un gonflement au

gros orteil gauche, plus douloureux que les précédents, avec fourmillements et pesanteur dans le mollet correspondant. La soif et la polyurie ont complétement disparu. Mais bientôt les ganglions de l'aine s'engorgent et deviennent douloureux, et la gangrène du pied, puis de tout le reste du membre, vient terminer la scène. (*Bull. méd. de l'Aisne*, n° 1.)

Outre l'alternance, l'intermittence des douleurs, leur terminaison par la gangrène les relie avec évidence au diabète et en fait un signe prémonitoire, pour ainsi dire, alors que le corps du délit n'a pas encore été révélé par l'examen chimique de l'urine.

Gingivite. Ayant trouvé la salive parotidienne des diabétiques alcaline ou neutre au début et acide plus tard, M. Moster attribue à cette réaction acide les affections des gencives si fréquentes à cette période du diabète, tandis qu'on ne les constate pas au début. Il les traite en conséquence par les collutoires alcalins. (*Berl. klin. Wochenschr.*, n° 16.)

TRAITEMENT. *Citrate de soude.* M. Guyot Dannecy propose le citrate de soude à la dose de 4 à 8 grammes. Mêlé avec les aliments comme assaisonnement, au lieu du sel marin, il fait disparaître le sucre des urines et permet au malade l'usage du vin, du pain et des légumes féculents. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Nouveau réactif de la glycose. En précipitant le nitrate de bismuth par la potasse en excès, en faisant chauffer ensuite et en ajoutant de l'acide tartrique jusqu'à dissolution du précipité formé, MM. Francqui et Vyvere ont obtenu une solution dont quelques gouttes, soumises à l'ébullition avec l'urine diabétique, suffit pour déceler la présence du sucre en donnant un dépôt noirâtre de bismuth métallique.

DIAGNOSTIC. *La diagnostica delle malattie dedotta in modo facile della chimica ed exposta per uso dei medici pratici.* (Diagnostic au point de vue chimique à l'usage des praticiens), par le docteur Monti, un volume in-8° de 380 pages. Venise.

Medical diagnosis, with special reference to practical medicine (Du diagnostic appliqué spécialement à la pratique), par le docteur da Costa, professeur de clinique à l'hôpital de Pensyl-

vanio. Deuxième édition, un vol. de 784 pages avec des gravures sur bois ; Philadelphie. Cette seconde édition, après deux ans de la première, dit assez le succès de ce livre. Les détails qu'il contient sur l'emploi du sphygmographe, du laryngoscope, du thermomètre, de l'endoscope et autres moyens physiques modernes, en sont le secret. — Voy. CHIRURGIE.

DIARRHÉE. *Hyposulfites.* Si ces agents médicamenteux, d'origine italienne presque, ont été souvent surfaits dans leur valeur, ce n'est pas une raison pour ne pas signaler l'efficacité que dit en avoir retirée le docteur Marotta contre une épidémie de *diarrhée infantile* qui a sévi dans la commune de Roccanova. Tous les moyens usités avaient échoué, lorsque l'hyposulfite de magnésie, donné par hasard à la dose de 1 gr. 50 c. dans 60 grammes d'eau sucrée, amena une telle amélioration, que l'emploi s'en généralisa aussitôt. La guérison survint dès la troisième ou la quatrième dose, qu'il y eût ou non fièvre (*La riforma clinica*, nº 17). Quelques détails de plus sur la nature de la maladie et les effets particuliers ne nuiraient pas pour entraîner la conviction.

Diarrhée cholériforme. Voy. CHOLÉRA.

DILATATION. *Laminaria digitata.* Elle étend de plus en plus son domaine dans la chirurgie. M. Nélaton, en s'en servant pour dilater un conduit fistuleux, l'a proclamée supérieure à la racine de gentiane, l'éponge et toutes les matières dilatantes employées jusqu'ici, en ce que ses tiges prennent la forme qu'on veut leur donner, qu'elles sont régulières et se dilatent bien plus rapidement (*Journ. de méd. et chir. prat.*, février). L'usage en est étendu en Belgique à la dilatation du col utérin pour provoquer l'accouchement anticipé (voy. ACCOUCHEMENT). On l'a aussi appliquée contre la dysménorrhée.

DIPHTHÉRIE. **Diphthérie secondaire.** De nouvelles observations de M. Peter en ont confirmé la fréquence spéciale à la suite de certaines affections, notamment les fièvres éruptives. Sur 31 cas observés, elle s'est présentée dans l'ordre suivant :

Après la	rougeole	9 fois.
—	scarlatine	3 —
—	rougeole et scarlatine	4 —
—	fièvre typhoïde	7 —
—	coqueluche	5 —
—	bronchite	2 —
—	faux croup	1 —

En réunissant ces faits à ceux de MM. Rilliet, Barthez et A. Garnier, on trouve 65 cas distribués comme il suit :

Après la	rougeole	16 fois.
—	scarlatine	9 —
—	rougeole et scarlatine	4 —
—	fièvre typhoïde	10 —
—	coqueluche	7 —
—	pneumonie secondaire	2 —
—	bronchite	2 —
—	faux croup	1 —
—	tubercules pulmonaires	9 —
—	entérite	4 —
—	dysenterie	1 —

Dans 62 cas, elle s'est ainsi développée à la suite d'affections des membranes muqueuses traversées par l'air et 29 fois sur 60 à la suite de fièvres éruptives, ce qui montre que ce n'est pas par la débilitation seulement qu'elle se produit, mais par une action spéciale des affections avec détermination morbide vers les membranes muqueuses. (*Gaz. hebd.*, n° 26 et suiv.)

DOULEUR. Son influence sur la diminution des battements du cœur et de la calorification a été démontrée par de nouvelles recherches expérimentales du professeur Mantegazza. Elle est proportionnelle à l'intensité de la douleur produite chez les grenouilles, les lapins, les rats, les poules ; mais sans pouvoir, quant à la circulation, conclure de ces animaux inférieurs à l'homme, sur lequel le sphygmographe n'a donné que des résultats contradictoires. — Voy. Coeur, Température.

DYSENTERIE. Dysenterie endémique des pays chauds. *Sous-nitrate de bismuth.* Expérimenté chez 24 malades par M. le docteur Brassac dans les hôpitaux des Antilles françaises, il s'est montré aussi efficace que dans la dysenterie sporadique quand les malades étaient dans des conditions hygié-

niques convenables. Suivant les prescriptions de M. Monneret, il en commençait l'usage à la dose de 15 à 20 grammes par jour, en bouillie, en augmentant de 10 grammes par jour jusqu'à 60 et 70 grammes, en proportionnant les doses à l'étendue présumée du mal d'après l'effet des premières doses. La convalescence établie, l'usage en était continué pendant quinze à vingt jours à doses décroissantes, pour mieux assurer la guérison.

Quelle que fût la dose employée, elle n'était jamais fractionnée qu'en cinq parts au plus administrées dans du pain azyme, délayées dans un peu de bouillon ou d'eau de riz, sinon mélangée à de la crème de riz. (*Arch. de méd. navale*, avril.)

La voie est ainsi ouverte, il ne reste qu'à la parcourir pour enregistrer de nouveaux succès en se conformant aux prescriptions précédentes. Les hautes doses en sont surtout le gage.

DYSPEPSIE. *Mastication.* S'il est parfaitement reconnu depuis longtemps que la mastication incomplète par le mauvais état des dents, de la muqueuse buccale ou trop de précipitation, détermine la dyspepsie, M. Mialhe fait une différence capitale à cet égard entre les aliments féculents, amyloïdes, végétaux et les aliments animaux, en raison des opérations chimiques différentes qui président à leur digestion. Ainsi, la digestion des substances végétales exigeant surtout l'action de la salive et du suc pancréatique, pour changer la fécule en glycose, ce n'est que par une mastication lente et prolongée que l'on peut la favoriser. Les animaux, qui ont l'appareil masticateur le plus parfait, digèrent aussi la fécule crue. Les vieillards, privés de dents, sont, au contraire, exposés à de mauvaises digestions. La prothèse dentaire peut remédier à des dyspepsies de ce fait. C'est ainsi encore que les enfants en bas âge digèrent imparfaitement les féculents, en ce que l'insalivation est à peu près nulle avant la première dentition. De là l'usage repoussant, mais utile, des nourrices de porter préalablement à leur bouche, pour les mâcher et les insaliver, les soupes ou bouillies qu'elles donnent à leurs nourrissons. C'est pour y suppléer qu'il a conseillé, il y a plus de vingt ans, d'ajouter à ces bouillies un peu de diastase ou d'orge germée, et que le nom seul de Liebig a suffi pour faire réussir (voy. ALLAITEMENT, 1865). La mastication est donc surtout nécessaire pour les féculents.

Au contraire, la mastication ne faisant subir aucun phénomène chimique aux aliments albuminoïdes, animaux, elle ne

sert que pour en favoriser l'introduction dans l'ostomac. C'ost là que s'opère leur désagrégation, leur hydratation, leur transformation en albuminose ou peptone, sous la double influence des acides et de la pepsine gastriques. Elle est donc loin d'avoir la même importance pour les carnivores que pour les herbivores, comme la différence de l'appareil dentaire chez ces deux espèces l'indique suffisamment.

En mâchant imparfaitement, avec une nourriture mixte, on devient donc à peu près infailliblement dyspeptique. Ceux qui se nourrissent exclusivement de viande ne courent pas le même danger de ce chef.

De là le précepte d'avoir une nourriture mixte, mais plus animale que végétale, pour les dyspeptiques qui ne peuvent mâcher et à ceux qui mangent trop vite, par habitude ou par nécessité, comme les voyageurs en chemin de fer, de se nourrir exclusivement do viande. (*Soc. d'hydrologie.*)

De la dyspepsie par defaut de mastication suffisante du bol alimentaire, par M. Mialhe. In-8 de 10 pages. Librairie *Germer-Baillière.*

Dyspepsie flatulente. *Charbon en capsules.* En s'occupant spécialement des affections gastriques, le docteur Leared à reconnu par expérience, et contre la croyance accréditée, que le charbon préparé avec les espèces de bois les plus compactes est do beaucoup supérieur, comme absorbant des gaz, à celui qu'on obtient avec les bois légers, le peuplier entre autres. Il croit, on outre, qu'il doit arriver dans l'estomac pour en absorber les gaz dans le même état que lorsqu'il est retiré de la cornue. En conséquence, il propose de l'enfermer dans des capsules de gélatine et de l'administrer seulement sous cette forme. (*Lancet*, septembre, 1865.)

A priori, l'opinion du médecin anglais semble inadmissible. On ne conçoit pas comment un charbon lourd absorbe mieux qu'un charbon léger. Et puis comment son expérience prévaudrait-elle contre l'expérience générale? On peut cependant étudier comparativement. A défaut do capsules, des pains azymes peuvent les remplacer.

Traité de la dyspepsie, par Beau, médecin de l'hôpital de la Charité, etc. 1 vol. in-8, cartonné à l'anglaise.

On sait l'importance que le célèbre et regrettablo clinicien

attribuait en pathologie à la dyspepsie. Elle était pour lui la source d'une infinité de maladies. Ses vues, ses idées, ses observations à ce sujet, pieusement recueillies et mises en ordre par un de ses élèves, ont donc un intérêt évident pour tous les médecins.

DYSTOCIE. *Chloroformisation.* Ses avantages ont été démontrés dans un cas de contraction spasmodique, sinon tétanique de l'utérus, par le professeur Simpson. Les douleurs duraient depuis quarante-huit heures chez une multipare dont la grossesse avait été très-pénible. Pour faciliter un examen complet, la patiente fut chloroformisée. La main arriva au col très-dilaté et s'éleva au-dessus de la tête; mais, à ce point, le cou de l'enfant était retenu fortement et comme resserré par une large et forte bande de fibres utérines, dans un état de contraction permanente qui empêchait l'engagement des épaules. C'était comme un enchatonnement; néanmoins, quelques tractions modérées avec le forceps dans l'intervalle des douleurs suffirent pour vaincre l'obstacle, et la délivrance s'accomplit heureusement pour la mère et pour l'enfant. (*Lancet.*)

En rendant possible l'examen complet et la constatation de l'obstacle, nul doute que le chloroforme n'ait aussi agi favorablement sur la contraction utérine, et n'ait contribué doublement ainsi au succès.

The steel fillet (filet en acier). Sous ce nom, M. Sheaton a fait construire un instrument à deux branches minces comme le forceps, mais en acier malléable, léger, lesquelles sont mobiles sur le manche. Il s'applique comme le forceps et peut le suppléer par sa facilité d'application. (*Med. Times*, juillet.)

Fibroïde. Chez une primipare de trente-huit ans, atteinte d'une tumeur fibreuse interstitielle démontrée par l'autopsie, le ventre, mesurant 104, au centre, avait l'apparence d'un utérus bicorne; au milieu, un enfoncement assez profond, d'où part une sorte de gouttière qui s'étend jusqu'à la symphyse; la moitié droite de cet utérus ainsi partagé paraît plus basse et moins étendue que la gauche. Dans les deux, on a la sensation d'une résistance élastique due à la présence d'un enfant et de liquide amniotique; toutes les deux se contractaient sensiblement à chaque douleur, et comme en différents points, notamment à

droite, en bas et à gauche; en haut, on entendait des battements redoublés, on ne douta pas un instant de la présence de jumeaux.

Mais l'événement démontra l'erreur. L'introduction de la main dans l'utérus, nécessitée par une hémorrhagie entretenue par des contractions douloureuses et la rétention du placenta, le docteur Hecker se convainquit qu'il n'existait pas de second fœtus; et, une péritonite consécutive ayant emporté la femme, l'autopsie montra le fibroïde, auquel le petit utérus était fixé comme un appendice, donnant encore la sensation d'une fluctuation si évidente, que l'on croyait positivement à un contenu liquide : c'était encore une erreur; il n'était que succulent, et ne contenait aucun foyer ramolli; il pesait, avec l'utérus, 2,980 grammes, long de 0m,27 et large de 0m,17; partout entouré de substance utérine qui, au fond, avait une épaisseur de 0m,05. L'utérus lui-même et ses annexes étaient sains.

Le cas semblait bien plus grave chez une autre primipare de vingt-deux ans, qui éprouvait des tiraillements et des douleurs dans le bas-ventre avant terme. A l'examen, la portion vaginale est tout à fait plissée contre la symphyse pubienne et la voûte vaginale postérieure abaissée par une tumeur volumineuse, solide, immobile, remplissant tout l'intervalle de Douglas, tumeur dont il est très-difficile de déterminer les rapports avec les organes voisins. Après quelques vaines tentatives de réduction, et la disparition des douleurs par des injections sous-cutanées de morphine, la femme ayant refusé la délivrance avant terme, on attendit au 2 août le développement naturel du travail.

Rien de changé dans la constitution de la tumeur, remplissant tout l'espace postérieur du petit bassin, immobile, molle et dilatable, laissant en avant tout juste assez de place pour arriver avec deux doigts à la portion vaginale aplatie transversalement, pressée contre la symphyse; on ne pouvait toucher qu'un tout petit segment de la tête. Toute la journée, les contractions extrêmement douloureuses nécessitent l'emploi réitéré de doses d'opium et, le lendemain, rien n'étant changé, le danger croissant, il fallut tenter la réduction de la tumeur pour permettre l'extraction du fœtus.

Le 3 août, la femme est couchée et chloroformisée; le docteur Hecker introduit toute la main droite, non sans peine à cause de l'étroitesse du vagin, sous la tumeur, cherche à la soulever

et sent que, peu à peu, elle a l'air de devenir plus mobile : tout à coup il la sent s'échapper hors du petit bassin, l'orifice vaginal reprend sa direction normale, et un grand segment de la tête devient palpable à l'entrée du détroit supérieur, tandis que la région abdominale, où l'on avait senti jusqu'alors la tête, paraît maintenant comme aplatie. La mère et l'enfant se trouvent alors relativement bien ; on attend pendant quatre heures que la tête se fixe mieux et que la dilatation de l'orifice soit plus avancée.

Après anesthésie nouvelle, le forceps est appliqué sans grande difficulté ; mais de nombreuses et fortes tractions, dues au volume et à une première position frontale de la tête, furent nécessaires pour l'extraction ; l'enfant était mort. Les couches furent heureuses ; mais ensuite, de nouvelles douleurs dans le bas-ventre se montrèrent, la tumeur reprit sa première position, entraîna la matrice et donna lieu à une descente. (*Monatsschr. für Geburtskunde und Frauenkr.*, décembre 1865, et *Union méd.*, n° 24.)

Embryotomie. Comme preuve de la supériorité du forceps-scie des Belges sur le céphalotribe, pour pratiquer cette opération, M. Verrier montre que dans les rétrécissements moyens, le chiffre des femmes sauvées par le forceps-scie est de 15,5 pour 100 supérieur à celui que donne le céphalotribe ; que dans les rétrécissements extrêmes, le chiffre des femmes épargnées par le forceps-scie est de 70,6 pour 100, alors que le céphalotribe n'en épargne que 52,7.

D'où l'on peut conclure que le forceps-scie est, pour la mère, d'une innocuité plus complète que le céphalotribe, et qu'il devra lui être préféré dans tous les cas de vices de conformation du bassin qui entraînent la nécessité de la céphalotomie. La comparaison des faits dans les rétrécissements extrêmes confirme surtout, avec l'évidence des chiffres, la supériorité rationnelle du forceps-scie. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Crochets sous-axillaires. Quand, par le fait de la crâniotomie, il ne reste d'autre prise pour extraire le fœtus que d'enfoncer des crochets aigus sur cette extrémité mutilée ou écrasée, la version étant impossible par une cause quelconque, M. le professeur Rizzoli préfère, comme moins barbare et plus sûr, de porter des crochets mousses dans les aisselles et de

tirer ainsi. Ce procédé lui réussit pour l'extraction d'un monstre acéphale, que le volume du tronc retenait au détroit supérieur. Il croit même préférable, en pareil cas, d'essayer d'abaisser successivement les bras, qui diminuent d'autant le volume du tronc, et de s'en servir comme moyen de traction que de recourir aux crochets aigus. (*Bull. delle sc. med. di Bologna.*)

Cette pratique est si sage et si rationnelle, qu'il est difficile de croire que l'on ait attendu la proposition du célèbre tocologiste italien pour y penser et y recourir, quand elle était possible ; mais l'est-elle souvent ? Là est toute la question.

Hémorrhagies. Perfectionnant l'emploi du froid local, mis souvent en usage contre cet accident redoutable, sous la forme d'injection, et prévenant ainsi le danger de l'entrée de l'air dans les sinus utérins, par contact immédiat de l'eau et tous les inconvénients qui en sont la conséquence, M. Clauzure, d'Angoulême, introduit de petits ballons en caoutchouc très-minces, qu'il adapte à une sonde à double courant. L'eau peut ainsi être renouvelée à mesure qu'elle s'échauffe, sans déranger l'appareil. Cet instrument, fabriqué par Galante, agit doublement comme tampon et comme réfrigérant. Neuf cas d'hémorrhagies utérines ont été réprimés à l'aide de ce moyen, qui peut recevoir de nombreuses applications (*Union méd.*, n° 88). — Voy. Froid.

E

ÉCLAMPSIE. Deux éléments sont à considérer, dit M. Bouchacourt : l'élément congestif et l'élément convulsif. A celui-ci seul convient le chloroforme ; celui-là doit être traité par la saignée locale et générale, les révulsifs, les purgatifs. (*Soc. imp. de méd. de Lyon*, juin.)

Chloroforme. Une distinction capitale à établir pour son efficacité, suivant M. Liégard, c'est qu'autant il est héroïque et la seule ancre de salut dans l'éclampsie à terme, autant il est impuissant dans celle qui se déclare avant terme. Il n'y aurait donc plus à arguer des insuccès dans ces derniers cas. (*Gaz. des hôp.*)

Il est permis de trouver la distinction un peu subtile. La

même cause ne peut-elle produire le même effet dans les deux cas et la maladie n'est-elle pas identique? De semblables arguments ne peuvent donc convaincre les incrédules de son efficacité.

ÉLECTRICITÉ. Elle a une influence directe, selon M. Poggioli, sur le développement physique et intellectuel de l'homme. Il est parvenu, en un mois, à l'aide de bains électriques, à voir grandir de 3 centimètres un véritable avorton, intellectuellement et physiquement, et qui, de la fin de sa classe, arriva à en occuper le premier rang. (*Acad. des sc.*)

ÉLECTROLYSE. Ce mot, aussi bien que celui d'électrochimie, paraît impropre à M. Broca, parce que le courant électrique que l'on développe, n'agit pas chimiquement, comme il le fait supposer. S'il en était ainsi, l'action de l'acide allant nécessairement en diminuant, à mesure qu'il cheminerait de la profondeur vers la surface, l'eschare produite devrait avoir la forme d'un cône dont la base serait vers la pointe de l'aiguille et le sommet à la peau. Or, c'est tout le contraire que l'on observe dans toutes les expériences. Les eschares sont toujours superficielles, non pénétrantes. La mortification n'est donc pas le résultat d'une action chimique. On ne l'évite pas lorsque, à l'exemple de M. Pétrequin, on emploie des aiguilles vernies, conduisant mal l'électricité. Celle-ci ne respecte pas la faible barrière que lui oppose la couche de vernis, et se reconstitue à travers les tissus mauvais conducteurs, par un phénomène analogue à celui désigné, en physique, sous le nom de *perce-carte*. Les tissus sont mortifiés parce qu'il sont, à la lettre, *foudroyés*. C'est, en effet, par les piles à forte tension que l'on produit les effets les plus marqués. C'est après avoir été tués qu'ils se désorganisent progressivement, et non point par le fait d'une action électro-chimique. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Quoi qu'il en soit du mot, de nouvelles guérisons de polypes et de tumeurs sont publiées par l'inventeur de cette méthode, qui témoignent de son efficacité. — V. GALVANO-CAUSTIQUE.

ÉLÉPHANTIASIS. Localisée aux membres inférieurs, cette horrible affection paraît avoir trouvé un moyen de guérison radicale. Pour la troisième fois (voy. *année* 1864), celle-ci

a été obtenue par M. Bryant, à l'hôpital de Guy, sur une femme de trente-cinq ans, atteinte depuis huit ans, en pratiquant la ligature de l'iliaque externe quinze jours après, la diminution du membre était déjà très-prononcée, et le 6 février dernier, la jambe, qui mesurait 17 pouces de circonférence au genou et 22 au mollet, n'en avait plus que 16 ici et 14 là; les mesures comparatives du membre opposé étant de 14 dans les deux endroits. La guérison peut donc être regardée comme accomplie. (*Lancet*, février.)

Ne pourrait-on pas substituer la compression à la ligature, dit à ce sujet le *Giornale delle malattie veneree*, au moins quand la maladie n'intéresse que la jambe? Cette proposition mérite certainement d'être prise en considération, d'autant plus que la compression digitale peut être mise à l'épreuve sans aucun danger.

EMPHYSÈME. Pathogénie. Après avoir constaté au microscope la présence d'un noyau conjonctif dans les cloisons des alvéoles pulmonaires, qui bien mieux que l'épithélium rend compte des lésions anatomo-pathologiques que l'on y constate, M. Villemin, appliquant cette découverte à l'étude micrographique de l'emphysème pulmonaire, a constaté l'agrandissement de la plupart des mailles du réseau capillaire, les espaces intercapillaires sont augmentés de surface, et dans quelques cas les vaisseaux paraissent plus grêles. Les noyaux conjonctifs sont augmentés de volume, à différents degrés, ayant les dimensions d'une cellule et leur nucléole, celle d'un noyau. Les plus gros sont granulés et renferment parfois des gouttelettes graisseuses avec tendance à se détacher de la membrane.

A mesure qu'ils s'hypertrophient ainsi, ces noyaux compriment les capillaires et les rendent imperméables. Ils se réunissent même parfois, soit isolément, soit avec ceux des capillaires. Ce premier degré de l'emphysème est donc une véritable hypertrophie des éléments de la membrane vésiculaire, déterminant son extension avec augmentation proportionnelle de la capacité de l'alvéole.

Plus tard, on voit ces cloisons percées à jour sous différents aspects. Plus ou moins grandes, ces ouvertures sont en général déchiquetées. Elles correspondent à un interstice capillaire et sont l'effet de la chute d'un noyau, comme on les retrouve parfois dans les préparations. Enfin, sur des lobules très-emphy-

sémateux, les vésicules sont détruites en partie ; les faisceaux élastiques eux-mêmes sont rompus et forment des filaments flottants.

De cet examen histologique ressort pour l'auteur une nouvelle pathogénie de l'emphysème. Par l'hypertrophie des noyaux conjonctifs, entraînant l'augmentation de la surface membraneuse et de la capacité de l'alvéole, il y a tiraillement, rupture des fibres élastiques qui les sillonnent. Ces ressorts brisés, l'inspiration n'est plus en équilibre dans le volume d'air avec l'expiration. Il y a distension forcée, permanente et progressive des vésicules. Puis, dans une seconde période de destruction, de raréfaction du tissu pulmonaire, les noyaux-cellules se granulent, subissent la dégénérescence graisseuse, ils se détachent, et la cloison, perdant ainsi sa vitalité aussi bien que ses propriétés physiques, devient friable et ne peut plus opposer de résistance à la pression intra-thoracique progressive. La toux, ou tout autre effort, aide à sa déchirure. Elles s'émiettent lentement et successivement, ne laissant que les fibres élastiques et les vaisseaux flétris qui forment l'espèce de feutrage que l'on constate.

Ainsi s'expliquent les déformations thoraciques. Mais l'altération primitive et essentielle est bien une altération toute vitale des parois des vésicules. La compression des capillaires interposés entre les noyaux conjonctifs peut expliquer la pâleur anémique des poumons emphysémateux et la rareté des hémorrhagies quand les cloisons se déchirent. L'évolution lente de l'emphysème, sa distribution partielle et irrégulière, s'expliquent de même. Ce ne serait donc pas, comme le prétendaient Laennec et ses successeurs, une simple altération mécanique, mais une véritable *maladie* affectant le parenchyme pulmonaire dans ses éléments essentiellement vivants. Loin d'être essentielle et primitive, la toux n'est qu'accessoire et secondaire dans sa production. (*Arch. de méd.*, octobre et novembre.)

EMPOISONNEMENT. Empoisonnement par l'opium. *Trachéotomie.* Chirurgien de l'hôpital de Nashville en 1865, le docteur Hachenberg fut appelé une nuit par le médecin de garde pour un malade qui étouffait. Il était dans un coma profond ; respiration lente, stertoreuse, étouffée, ne comptant que trois à quatre inspirations par minute, comme s'il y avait eu un obstacle dans le larynx. L'idée d'un œdème

de la glotte fut dissipée par l'examen digital. Le médecin et l'infirmier niaient que le malade eût pris de l'opium ni aucun poison. Le cas commandant d'agir, la trachéotomie fut exécutée immédiatement, et dès lors, la mort semblait réelle, si ce n'eussent été les battements faibles, lents du pouls. L'emploi de la respiration artificielle ramena la vie : quelques minutes après, la respiration se faisait par l'ouverture trachéale; l'opéré ouvrit les yeux, se leva, et regarda tout étonné autour de lui. C'est alors, et alors seulement, que l'examen des pupilles démontra la méprise par leur contraction. Des renseignements pris, il résulta, en effet, que l'infirmier avait administré par erreur au patient un demi-grain de morphine toutes les demi-heures, et qu'il en avait pris ainsi 2 grains et demi (*Boston med. and. surg. journ.*, mars). Heureusement, l'ouverture de la trachée se cicatrisa avec facilité, et il n'en fut que cela ; mais on a, dans ce fait, un exemple frappant de la pratique hasardée de la médecine comme de la chirurgie aux États-Unis.

Procédé inquisitorial. Une dame de quarante-quatre ans était arrivée au dernier degré de narcotisme par l'ingestion de 2 *onces* de laudanum, sans que divers émétiques, révulsifs cutanés, titillation de la luette, aient pu la tirer du coma. Insensible depuis trois heures, elle présentait un pouls à 45 à peine, faible, mou, irrégulier; respiration lente, stertoreuse, avec écume buccale, peau froide, face pâle et cadavéreuse, sans que l'usage de la pompe gastrique eût amené aucun changement à cet état.

Au lieu d'employer l'antidote aujourd'hui bien connu de l'opium, la belladone ou son alcaloïde, le docteur Monroë, ne sachant plus, dit-il, que faire, et regardant ce cas comme désespéré, se rappela avoir lu que l'inquisition espagnole, pour augmenter les tortures de ses victimes en prolongeant leur existence, faisait tomber, de la hauteur de plusieurs pieds, de l'eau froide goutte à goutte sur le creux épigastrique du patient. Renouveler ce procédé inquisitorial fut l'affaire d'un moment : un seau d'eau froide, muni d'un robinet, fut placé à 8 ou 9 pieds d'élévation du sol et, la femme y étant couchée, le jet tombait directement sur l'épigastre. Le premier effet fut de rendre la respiration plus fréquente, moins stertoreuse. Au second seau d'eau, la face s'anima ainsi que les battements du cœur; enfin, l'expression de la vie revint graduellement,

moyennant cette affusion locale de trois à quatre seaux d'eau. (*Boston med. journ.*, mai.)

L'action de ce moyen simple se comprend de reste. C'est un excitant énergique qui peut se trouver plus facilement que beaucoup d'autres; c'est à ce titre qu'il mérite d'être signalé. Mais il faut que l'estomac soit préalablement débarrassé du poison comme dans ce cas; c'est là le point essentiel pour l'employer avec succès aussi bien que tous les autres. A défaut de pouvoir parvenir à cette expulsion de l'agent toxique, il ne faut pas balancer à employer son antagoniste, l'atropine, pour en neutraliser l'action délétère.

EMPYÈME. Un nouveau cas de guérison de l'empyème, consécutif à la pleurésie, par un des jeunes cliniciens les plus exacts, les plus scrupuleux de l'Italie, et qui, par la rigueur scientifique de ses travaux, se rallie étroitement à l'école de Paris, M. le professeur Baccelli, de Rome, mérite une mention spéciale, en tant que venant avec quatorze faits semblables à l'appui d'une nouvelle doctrine sur la formation de cet empyème consécutif et son traitement curatif. Il a démontré ainsi cliniquement que, l'épanchement purulent étant contenu dans une cavité close dont les parois formées de la séreuse épaissie et proliférante doivent être considérées comme la membrane pyogénique, il n'y a à craindre ni l'entrée de l'air, ni l'action topique du liquide, ni son absorption, attendu l'activité fonctionnelle de cette membrane. Aussi bien emploie-t-il un gros trocart pour donner issue au pus à la partie la plus déclive de la cavité, et y pratique-t-il librement ensuite des injections de nitrate d'argent à haute dose, en laissant une canule à demeure pour l'écoulement continu du liquide remplacée par un drain dès que les bords de l'ouverture deviennent calleux. (*Giorn. med. di Roma.*) Un exposé précis de cette méthode serait désirable pour en faire profiter nos lecteurs.

ENCHONDROME. *Hérédité.* Un homme robuste, de vingt-cinq ans, entra, en 1864, à la clinique de Heidelberg, pour une tumeur de la tubérosité de l'ischion, grosse comme la tête d'un enfant de dix ans, bosselée, d'une dureté cartilagineuse, dont l'apparition remontait à un an.

Depuis dix ans, des excroissances dures, volumineuses, bosselées, s'étaient développées sur les os des extrémités infé-

rieures; une autre au niveau de l'omoplate gauche. Leur nature ayant été bien déterminée, on renonça à intervenir chirurgicalement. Elle prit, en effet, un accroissement rapide; des accidents pulmonaires se montrèrent, et le malade succomba au mois d'août 1865.

L'autopsie confirma le diagnostic en montrant la véritable nature de ces tumeurs multiples des os et des ganglions lymphatiques, en voie de transformation cartilagineuse. Un thrombus d'un aspect laiteux, constitué par du cartilage gélatineux, gros comme un œuf de pigeon, se trouvait même dans l'iliaque primitive ; dans l'iliaque externe, il avait le volume du petit doigt, se prolongeant dans les veines hypogastrique et ischiatique gauches. Cette thrombose cartilagineuse fut constatée de même dans le ventricule droit, le foie et différents vaisseaux, et s'accordait histologiquement avec ceux de l'enchondrome.

Mais là n'est pas le fait principal de cette observation ; l'hérédité nous semble bien plus capitale. Le grand'père de cet homme était mort d'une tumeur volumineuse du fémur, ayant donné écoulement, après incision, à 12 litres d'un liquide épais comme de la colle forte. Le père, âgé de soixante-deux ans, portait, depuis son enfance, de nombreuses et volumineuses exostoses aux quatre extrémités. Douze ans auparavant, le professeur Chelius l'a opéré d'un enchondrome du bras droit pesant deux livres ; la mère et une sœur sont exemptes d'affections de ce genre ; mais une seconde sœur de vingt-trois ans porte des exostoses stalactiformes considérables aux épiphyses inférieures des fémurs et supérieures des tibias. Un frère de dix-huit ans en porte aussi de nombreuses et volumineuses, aiguillées ou bosselées, sur différents points du squelette. (Virchow, *Arch.* XXXV, et *Gaz. hebd.*, n° 40.)

ENDOCARDITE. *Des endocardites.* Thèse de concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Martineau, lauréat de la Faculté. Paris, in-8° de 160 pages.

De même que les paralysies consécutives attribuées exclusivement tout d'abord à la diphthérie, notamment par M. Maingault, et que M. Gubler a depuis montré être communes à toutes les affections aiguës, graves, septicémiques surtout, l'auteur a montré que l'endocardite, loin d'être produite seulement du rhumatisme articulaire, est tributaire de beaucoup

d'autres affections, notamment les fièvres éruptives, commo nous l'avions déjà signalé. — Voy. *année* 1864, Scarlatine.

ENDUITS IMPERMÉABLES. Un bon mémoire à consulter a été publié par M. Isnard (do Marseille) à co sujet. Résultat de sa pratique depuis trois ans, il offre de nouveaux exemples de succès de cette médication contro le rhumatisme articulaire, diverses inflammations glandulaires, comme l'orchite, l'adénite, lo bubon, le phlegmon mammaire, la péritonite et d'autres phlegmasies. Un exemple de péritonite localisée compliquant une hernie crurale étranglée, mérite surtout de fixer l'attention, car ce serait un nouveau moyen précieux d'éteindre, dès ses premières manifestations, une complication redoutable qui s'oppose souvent au succès du taxis et même de la kélotomie. Mais il y a dans ce cas, comme dans tous les autres, une question d'appréciation quo M. Isnard, en praticien sagace, ne manque pas d'évoquer. C'est le danger de masquer les signes du degré réol de l'étranglement, et d'amener ainsi une sécurité trompeuse. Conformément à l'observation de l'initiateur de cette méthode thérapeutique, M. le docteur de Robert de Latour, il a constaté, par cinq observations, qu'elle échoue le plus souvent contre l'orchite en raison de la compression exagérée qu'elle oxerce sur le testicule, et que la solution gommée, saupoudrée d'amidon, est bien préférable. Des insuccès sont aussi notés dans le bubon et l'hygroma. Cette nouvelle contribution servira ainsi à instruire, élucider le mode d'action de ce résolutif et les cas où il est applicable. (*Union méd. de la Provence*, janvier.)

Il eût été désirable pourtant que M. Isnard précisât davantage ses observations en donnant au moins un exemplo type, détaillé et irréfutable pour chaque série de maladies. C'est surtout lorsqu'un fait est nié, discuté, qu'il convient d'en montrer la réalité jusqu'à l'évidence, d'une manière irrécusable, et il appartenait à l'habile observateur marseillais de ne rien laisser désirer à cet égard, pas plus qu'à Toulouse, à Strasbourg et ailleurs.

ENSEIGNEMENT. La création d'une commission chargée de le réorganiser en France a excité partout les préoccupations du corps médical. La presse périodique a discuté cette question importante, discussion trop vite étouffée par la saisie de l'*Union médicale*, un de ses organes les plus accrédités. De nouvelles

Facultés ont été réclamées de part et d'autre en province; mais c'est surtout la liberté de l'enseignement qui a prévalu à Paris.

Mieux inspiré que pour la liberté de l'exercice (voy. ce mot), M. Le Fort demande pour chacun, seul ou associé, le droit d'enseigner et de fonder, à côté et en concurrence des Facultés et des Écoles de l'État, des Facultés, des Écoles et des cours libres sans aucune subvention, comme cela existe en d'autres pays voisins. Telles sont l'Université libre de Bruxelles et l'Université catholique de Louvain, en concurrence des Universités de Gand et de Liége, les nombreux Colléges-hôpitaux de Londres avec les Universités d'Oxford, Cambridge et autres. Ces institutions libres offrent un moyen facile et précieux pour l'État de recruter son personnel enseignant, et créent entre ellos un stimulant d'émulation et de progrès. Il demande ainsi la création de nouvelles Facultés à Lyon, Bordeaux, Lille, Nantes et Rouen, pour tenir lieu des écoles préparatoires départementales existantes. Chacune aurait lo droit de délivrer le diplôme à sa guise, mais sans que celui-ci donnât le droit d'exercice. Un jury mixte serait chargé d'examiner les aspirants au droit d'exercice, comme en Belgique et en Allemagne pour les examens d'État. Les épreuves seraient ainsi plus probantes, plus pratiques, et l'enseignement de chaque Faculté serait apprécié à sa juste valeur, d'après le degré d'instruction des candidats qui en sortiraient, et dont ils feraient preuve aux examens de pratique. L'enseignement des professeurs n'en serait aussi que mieux apprécié à sa juste valeur.

Tout en désirant l'unité du titre, des études et des droits professionnels, M. Le Fort, reconnaissant l'impossibilité de pourvoir immédiatement la France de docteurs en médecine, en nombre suffisant, propose que, dans ces Facultés où les jeunes gens pourraient faire leurs études complètes, à moindres frais et dans le voisinage de leurs familles, le baccalauréat ne soit pas indispensable pour s'inscrire. Un examen témoignant d'études classiques commencées, sinon complètes, y suppléerait, après quoi les études accessoires et médicales suivraient leurs cours. Le titre délivré par ces Facultés serait celui de bachelier en médecine, ne donnant pas droit à l'exercice, titre purement universitaire et honorifique. Avec un jury combiné de ces Facultés entre elles, ce serait celui de licencié, donnant droit à l'exercice. Un an d'études supplémentaires à la Faculté de Paris, sanctionnées par de nouveaux examens, et le titro

de bachelier ès lettres pour s'y présenter, seraient indispensables pour acquérir le doctorat, titre exigé pour le professorat. (*Gaz. hebd.*, nos 6, 8, 10.)

Ce système si compliqué reproduit celui de M. Pascal (voy. ORGANISATION, *année* 1864) avec ses Facultés, ses titres et ses droits multiples y correspondant, sans que l'avantage en soit bien évident. Il n'en est pas de même de la séparation des professeurs et des examinateurs, déjà proposée par M. Diday (voy. *Année* 1865); celui-ci a l'avantage de réserver les droits des Facultés en créant des garanties sérieuses pour la pratique. Les conditions mises par l'*Union medicale* à la création de nouvelles Facultés et la liberté d'enseignement : de conserver et de perfectionner celles qui existent, sont réalisées par là et l'objection des dépenses écartée, puisqu'au lieu de l'État, ces Facultés nouvelles seraient à la charge des particuliers, des associations ou des communes. On peut prévoir, en effot, que Lyon, Bordeaux, Marseille, ne demanderaient pas mieux que de s'imposer à cet effet, si elles en avaient le droit. C'est ainsi que ce système fonctionne avec succès en Allemagne, en Angleterre, en Belgique. Les études en sont rendues plus sérieuses et plus complètes, et il n'y a qu'à souhaiter, dans l'intérêt de la liberté comme du progrès de la science et le salut des malades, qu'il soit adopté en France.

M. Farge (d'Angers) ne voit pas l'avantage de nouvelles Facultés, toujours inférieures, en fait comme en droit, à celle de Paris, pour remplacer les dix-huit écoles préparatoires. La décentralisation n'en résulterait pas, et il y aurait ce grave inconvénient, dans l'abolition de ces Écoles, d'arrêter le mouvement intellectuel et scientifique qu'elles impriment et maintiennent dans toute leur sphère d'action, par la nécessité pour les professeurs de se tenir au courant de la science, autant pour conserver leur autorité devant les élèves que devant les praticiens, qui recourent ordinairement à eux comme consultants, aiguillon puissant qui pique tout praticien, même au fond des campagnes. Brisez le premier anneau de cette chaîne, ôtez au praticien affairé de la ville l'attrait ou l'obligation de l'étude pour l'enseignement, le contrôle de l'élève au lit du malade et à l'amphithéâtre, et dès lors les études tomberont et avec elles la valeur et la dignité de notre profession. Il conclut donc à la conservation de ces établissements pour utiliser, partout où se trouve un grand hôpital, des cliniques, des autopsies,

des dissections, un mouvement naturel de population et quelques professeurs instruits et dévoués, cet enseignement élémentaire, immédiat et pratique, et propose d'en étendre le stage à trois années au lieu de deux. Un examen probatoire anatomique et clinique en serait la sanction pour l'admission dans les Facultés dont on peut augmenter le nombre, sans doute d'une ou deux, là où elles peuvent être vraiment supérieures et dignes de leurs aînées, mais en égalisant les diplômes sans abaisser le niveau des études ni de l'enseignement. (*Gaz. heb.*, n° 9.)

Grâce à la vapeur et à l'initiative de M. Lasègue, mieux que tous les plans et projets en perspective, une amélioration s'est réalisée *ipso facto* dans l'enseignement clinique de la folie. Il n'y aura plus, à l'avenir, des cours de la Faculté, que les herborisations qui se feront extra-muros ; voici l'étude des maladies mentales dirigée dans cette voie, d'autres suivront. Pour compléter l'instruction des nombreux élèves français et étrangers qui suivent ses cours à la Faculté et à la Salpêtrière, et les initier aux progrès médico-administratifs accomplis dans les asiles des départements, le brillant professeur les a conduits, au nombre de soixante-six, dans les asiles de Saint-Yon et de Quatre-Mares, où un nombreux concours de confrères aliénistes les attendait. Après une réception des plus cordiales, la visite de chacun de ces établissements a été suivie d'une conférence des médecins-directeurs. M. Morel a pris pour texte l'*influence de l'hérédité dans les maladies mentales;* M. Dumesnil, *les rémissions dans la paralysie générale.* Ajoutez déjeuner et dîner, et voilà une journée bien employée. Cette excursion scientifique, qui n'a pas même été signalée dans la presse centrale, restera comme un exemple à suivre, une innovation à féconder. — V. Prix.

D'autres innovations, des perfectionnements considérables ont aussi été réalisés dans l'enseignement de la médecine navale par un nouveau règlement. — V. Marine.

Élèves des Écoles de médecine de Bucharest. Assimilant ces élèves à ceux de nos écoles préparatoires, un arrêté ministériel du 11 juillet 1866 les a admis à prendre le grade de docteur dans les Facultés françaises, en justifiant des inscriptions régulièrement prises et des connaissances classiques exigées pour les baccalauréats. Moyennant le payement des droits afférents à ces examens et aux inscriptions, ils pourront terminer leurs études dans ces Facultés pour parvenir au doctorat.

Rien de mieux que de faciliter ainsi aux élèves étrangers l'admission dans nos Facultés. Mais pourquoi cette faculté ne s'étend-elle pas à toutes les écoles, universités, colléges, plutôt qu'à celle des Principautés-unies en particulier? Pourquoi, devant un si grand acte à accomplir, se restreindre à un si petit?...

La réforme de l'enseignement dont il est question en France, donne un certain intérêt d'actualité à une dénonciation du maître par ses élèves. Les étudiants en médecine de l'Université de Bruxelles, croyant avoir à se plaindre du professeur d'obstétrique, M. Hyernaux, sur la manière dont il faisait sa clinique, en favorisant les élèves sages-femmes au préjudice de leur instruction, ont adressé une longue pétition à la Faculté, dans laquelle les faits sont articulés et de graves abus dénoncés contre lui. Ainsi, sur 528 accouchements par an, ils n'assistaient pas à plus de 25, parce qu'ils se faisaient à leur insu ; des manœuvres se faisaient en leur absence, et qu'il s'agît de version ou d'application de forceps en leur présence, la préférence était donnée aux élèves sages-femmes pour les exécuter, etc., etc. Tous les mystères de la Maternité, dévoilés un à un, *n'étaient* ainsi guère à l'avantage du maître. Mais est-il bien licite, permis de le dénoncer pour cela? Pour les partisans du respect de l'autorité, de la hiérarchie quand même, ce sera l'abomination de la désolation, une pareille coalition est le renversement de tout ordre. Et pourtant, comment ces étudiants, lésés dans leurs plus chers intérêts, leur instruction, leur avenir, pouvaient-ils réclamer autrement? Qui, mieux qu'eux, pouvait connaître ces abus et en demander la répression? Le payement des droits universitaires ne leur crée-t-il pas d'ailleurs le droit réciproque d'exiger l'exécution des règlements? Et, loin que cet acte s'élève contre eux, ne témoigne-t-il pas, au contraire, de leurs dispositions studieuses, de leur désir d'apprendre, et ne doit-il pas être interprété plutôt en leur faveur? Souvent ainsi, au lieu de s'effrayer de l'exercice de la liberté, même la plus insolite, et de la condamner à priori, on est amené à en reconnaître la justesse et la légitimité par l'examen des motifs qui l'ont fait naître. C'est ce qu'a fait sagement l'Université de Bruxelles, en nommant immédiatement un professeur adjoint au titulaire inculpé. De quel côté que le droit se trouve, la justice commande de le reconnaître et de le consacrer.

Des institutions médicales et hospitalières en Angleterre, par le docteur W. Rommelære, Bruxelles. Exposé complet avec ordre et clarté de l'organisation de l'enseignement de la médecine dans le Royaume-Uni.

ENTORSE. *Laudanum à haute dose.* Préconisé depuis plusieurs années par M. Lebert, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou, ce moyen a encore réussi chez un jeune garçon de dix ans pour une entorse du pied droit. La douleur fut tellement vive sur le coup, qu'on fut obligé de rapporter le blessé chez lui. Quarante-huit heures après l'usage de fomentations résolutives, il y avait encore au devant de la malléole externe une tuméfaction très-notable avec ecchymose s'étendant sur tout le dos du pied. Les mouvements de l'articulation étaient très-gênés, bien que la douleur même à la pression fût légère. Le massage, employé avec beaucoup de souffrances, étant resté infructueux, M. Lebert recourut à ses frictions légères et prolongées avec le laudanum de Sydenham, suivant sa méthode, c'est-à-dire en en consommant 30, 50 et même 60 grammes en vingt-quatre à quarante-huit heures qu'il faut ordinairement pour faire cesser la douleur et le gonflement. Après chaque friction, l'articulation est enveloppée d'un large cataplasme émollient froid. Un bandage amidonné, permettant au blessé de marcher, est appliqué dès que la douleur a disparu. (*Abeille méd.*, n° 32.)

Ce fait n'est pas concluant, puisque le laudanum n'a été employé que le troisième ou le quatrième jour de l'accident et après deux autres moyens qui peuvent réclamer leur part du succès obtenu. Des observations comparables et comparées seraient indispensables pour établir la supériorité du premier. On ne peut s'empêcher de reconnaître cependant que ce mode de traitement était très-rationnellement formulé et n'ait de fortes présomptions de succès en sa faveur. Nul doute qu'il ne soit préféré au massage par beaucoup de blessés.

ÉPILEPSIE. *Bromure de potassium.* En l'employant à la dose de 8, 9 et 10 grammes par jour, sur 24 épileptiques dont il rapporte les observations, M. A. Voisin a obtenu la cessation des accès dans 4 cas; 6 malades ont été améliorés, 10 un peu améliorés, 4 n'en ont ressenti aucun bon effet. Cette expérimentation diffère donc essentiellement de celle de M. Moreau,

faite dans des conditions à peu près identiques, sauf les doses (voy. *Année* 1865) ; d'où l'indication de les augmenter.

D'après cette expérimentation, ce médicament semble contre-indiqué, c'est-à-dire inutile dans l'épilepsie, liée à des lésions cérébrales, congénitales ou accidentelles. M. Voisin en trouve la preuve dans les quatre dernières observations. Il est indiqué, au contraire, dans l'épilepsie idiopathique, surtout de date récente et de cause accidentelle, comme une émotion vive, des impressions pénibles, la peur, l'onanisme et les excès vénériens chez des sujets non prédisposés par tempérament. Les quatre premiers faits du moins confirment cette interprétation.

Il est encore indiqué, mais avec moins de chances de succès, chez les sujets nerveux, nés de parents épileptiques ou simplement hystériques, choréiques ou atteints de toute autre névrose idiopathique. Car c'est dans ces diverses catégories où l'épilepsie résulte le plus souvent de l'excitation en excès de la force excito-motrice de la moelle, que le bromure peut être efficace. L'atténuation de cette force paraît être un des meilleurs résultats de ce médicament. Sous son influence, en effet, plusieurs malades ont cessé d'éprouver des secousses brusques qui les tourmentaient le jour et la nuit, et produites indubitablement par l'action réflexe de la moelle. L'exaltation de la force excito-motrice de ce centre nerveux, manifestée par des secousses, des soubresauts et des mouvements brusques, diurnes ou nocturnes, partiels ou généraux, sont ainsi la principale indication du bromure de potassium. (*Bull. de thérap.*, août.)

Inhalation du gaz d'éclairage. On se rappelle les succès bruyants attribués à cette médication dans la coqueluche (voy. *Année* 1864) ; suivant le docteur Siry, elle serait également curative de l'épilepsie. Un de ses clients en avait été atteint sans cause appréciable, et 27 accès violents s'étaient répétés depuis dix-huit mois, malgré les soins de quatre confrères, lorsqu'il apprit qu'un épileptique depuis l'enfance, homme de peine dans une usine à gaz, avait guéri et restait guéri depuis qu'il travaillait dans l'usine. De l'avis même de M. Siry, ce nouveau malade s'assujettit à s'occuper, quatre heures par jour, auprès des dépurateurs de l'usine à gaz de la rue de Courcelles. Aucun accès n'est survenu depuis, sans que l'on dise combien de temps s'est écoulé. La guérison n'est donc rien moins qu'assurée, malgré l'intérê

et les remarques que ce fait inspire dans une maladie aussi effrayante et rebelle. (*Union méd.*, n° 42.)

Atropine. Quatre nouveaux succès de ce médicament, administré selon la formule de M. Michéa, ont été obtenus par le docteur Faralli, qui les a consignés dans le *Sperimentale*, septembre 1865. On trouve la traduction littérale de ce mémoire *in Journal de méd. de Bruxelles*, mars.

Epilepsie syphilitique. Un homme de cinquante-deux ans avait depuis quelque temps des crises d'épilepsie. L'intelligence s'affaiblissait, la mémoire diminuait, la céphalalgie était persistante. M. Diday interroge le malade au point de vue de la syphilis. Celui-ci répond qu'il a eu, il y a dix ans, un chancre à la verge, mais il ne sait pas au juste s'il a été dur ou mou. Poussant plus loin l'interrogatoire, M. Diday lui demande s'il a eu des taches sur le corps, des ulcères quelque part. Le malade se rappelle alors avoir eu, il y a trois mois, un ulcère à la verge. En effet, à la place de cet ulcère, se trouve une cicatrice qui est encore dure; mais il n'y a pas trace d'adénopathie, dans les plis de l'aine. Néanmoins, il conclut que le malade est sous le coup d'une syphilis qui peut remonter à trois mois environ, et se demande alors si l'épilepsie n'est pas sous l'influence de la maladie syphilitique. Il soumet son malade à l'iodure de potassium. Bientôt l'intelligence revient, la mémoire devient plus fidèle, et, au bout de deux mois de traitement, les crises ont disparu. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

ÉPITHÉLIOMA. Considéré dans ses rapports avec l'adénome sudoripare dont il rapporte un exemple remarquable observé par lui à l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Christot divise son développement en trois périodes : la première, caractérisée par l'hypertrophie des organes glandulaires, est appelée de ce nom, et la seconde hyperplasique. Dans cette période, le tissu glandulaire commence à être modifié profondément dans sa nature. Le type primitif domine encore, mais déjà les tubes sécrétoires s'écartent de l'état normal, ils se développent démesurément, leurs parois se rattachent par place et forment des diverticules, des ampoules, des varicosités remplies d'épithéliums, ailleurs elles forment hernie. La prolifération continue aux dépens des éléments lamineux avoisinants, et par ces efforts continuels, les

parois de ces tubes se séparent et se transforment en canalicules, en petits troncs irréguliers, espèces de fond de sac informes. Ici et là se rencontrent des masses d'épithélium menues et extensibles, dépourvu de toute enveloppe lamineuse. Tous ces éléments divers deviennent autant de centres actifs, d'hyperplasie épithéliale. Ainsi disparaît peu à peu tout ce qui rappelle la forme glandulaire, les éléments lamineux, envahis à leur tour, s'atrophient et disparaissent progressivement, et comme résultat final, il ne reste que des masses plus ou moins irrégulières d'éléments épithéliaux. Telle est la troisième période et dernière, c'est-à-dire franchement épithéliale. (*Journ. de méd. de Lyon.*)

ÉRYSIPÈLE. D'après la puissance et la rapidité de l'absorption des plaies démontrée par lui, M. Demarquay se demande si l'érysipèle, si fréquent dans les grands services de chirurgie, n'a pas son origine dans cette faculté d'absorption des plaies. Son début le plus fréquent dans la plaie elle-même, surtout quand celle-ci estparfaitement organisée, vient à l'appui de cette opinion. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Badigeonnage d'iode. Dans un cas d'érysipèle traumatique de la face et du cuir chevelu chez un jeune maçon fort robuste, ayant amené un coma profond, M. Verneuil, au lieu de l'application d'un vésicatoire en calotte sur la tête, comme le font à tort, suivant moi, quelques praticiens dans la méningite, il fit un badigeonnage de teinture d'iode. Quel ne fut pas son étonnement de trouver le malade assis, parlant et demandant à manger dès le lendemain matin ! (*Gaz. hebd.*, n° 15.)

Sans pouvoir inférer sûrement de cet unique fait l'action du remède, la rapidité du changement, de l'amélioration la rend du moins assez probable pour répéter cette application en pareil cas.

ESTOMAC. Voy. ULCÈRES.

ÉTRANGLEMENT. Étranglement diverticulaire. Sous ce nom, M. le professeur Parise, de Lille, décrit un étranglement interne constitué par le diverticule contournant une ou deux anses intestinales. Suivant que le nœud est à anse simple ou double, il en distingue deux formes avec quatre variétés pour chacune, selon la direction de l'anse. Des observations et des

figures justifient et expliquent ces distinctions. Tout l'ensemble du travail est résumé dans les propositions suivantes :

I. Les diverticules de l'iléon peuvent se nouer autour de l'intestin et l'étrangler : c'est l'étranglement du nœud diverticulaire.

II. Il se présente sous deux formes, selon qu'il est à anse simple ou à anse double.

III. Dans la première forme, le diverticule contourne le pédicule d'une anse intestinale et constitue avec cette anse un nœud simple à rosette.

IV. Dans la deuxième, deux anses sont étranglées, l'une supérieure, l'autre inférieure à l'origine du diverticule : de ces deux anses, l'une entre dans le nœud par une rotation préalable (*anse rotatoire*), l'autre se noue avec le diverticule comme dans la première forme (*anse nodale*).

V. Dans les deux cas, la solidité du nœud est due à la dilatation ampulaire de l'extrémité libre du diverticule. Cette ampoule est la clef de l'étranglement.

VI. Les accidents qui en résultent sont ceux des étranglements internes; leur début est brusque, leur marche rapide, leur terminaison constamment funeste.

VII. Manifestation brusque des accidents, douleur fixe dans le côté droit de l'abdomen, entre l'ombilic et le cœur, ballonnement limité à cette région; absence de toute circonstance capable de faire croire à l'existence de corps étrangers, de brides pseudo-membraneuses, de rétrécissement organique, d'invagination, etc. Tels sont les signes qui peuvent faire présumer l'étranglement diverticulaire.

VIII. Cet étranglement, comme tout étranglement interne, est au-dessus des ressources de l'art, si sa marche est très-rapide.

IX. Si sa marche est moins rapide, s'il est probable qu'il a son siége à la partie inférieure de l'iléon, et si la péritonite n'est pas encore généralisée, il y a indication d'opérer.

X. C'est dans ces circonstances que la gastrotomie *régularisée*, ainsi qu'il l'expose, paraît applicable à l'auteur. (*Bull. méd. du Nord*, juin et juillet.)

Étranglement par une balle. Un officier anglais de l'armée des Indes reçut, le 2 avril 1858, une balle à deux pouces au-dessus et un pouce à droite de l'ombilic. Néanmoins la plaie

guérit en quatre à cinq semaines sans accidents ultérieurs, sinon une constipation habituelle qu'il combattait par des laxatifs et des lavements. On ne pensait donc plus à la balle, lorsque le 16 octobre 1865, des douleurs abdominales survinrent subitement, et l'état s'aggrava si rapidement que la mort eut lieu le lendemain dans le coma, interrompu de fréquents vomissements d'un liquide fétide et d'une couleur foncée.

A l'autopsie, M. Brandle ne trouve pas d'autre trace du passage interne de la balle correspondant à la cicatrice extérieure qu'une bride fibro-celluleuse s'étendant obliquement en bas et en dedans, à travers la paroi abdominale, et se perdant insensiblement à deux pouces de profondeur. Le péritoine pariétal est sain partout. Quelques circonvolutions dans la région iliaque droite sont très-congestionnées et réunies par des adhérences anciennes et solides. Autour de l'une d'elles, une portion d'intestin, ressemblant à un cordon parfaitement plein, est enroulée et forme l'étranglement, à trois pouces duquel on trouve au-dessous, libre dans l'intestin, une balle de la grosseur d'une petite noix, aplatie à une extrémité et irrégulièrement conique à l'autre, paraissant coupée dans un cylindre de plomb, suivant la coutume indienne, et pesant 19 grammes. Autrement, il n'y a ni épanchement, ni épaississement, ni lésions morbides dans le voisinage. (*Med. Times.*)

La migration de cette balle est difficile à préciser. Est-elle restée en dehors de l'intestin, comme le croit l'auteur, ou n'a-t-elle pas plutôt séjourné à l'intérieur, au lieu même du rétrécissement, comme c'est probable? En tout cas, c'est moins par son volume que par les effets morbides de son contact que l'étranglement s'est produit.

Étranglement médullaire du tibia. *Trépanation.* Les bons effets obtenus par ce moyen dans l'inflammation, l'étranglement de la pulpe dentaire, ont conduit le docteur Heulhard d'Arcy à rappeler la remarquable observation suivante :

Un jeune homme de vingt-quatre ans vint le consulter pour un gonflement de la jambe droite s'accompagnant d'une douleur de plus en plus aiguë, et alors arrivée à un degré tel que tout travail était devenu impossible ; les souffrances, atroces le jour comme la nuit, n'étaient en rien modifiées par les variations de température ; elles n'augmentaient pas non plus pendant la marche, rendue d'ailleurs très-pénible par le sentiment de pesan-

teur que le malade éprouvait dans le membre affecté; le tibia paraissait triplé de volume, sa surface était lisse, sans bosselures, sans aspérités. L'augmentation appréciable du volume de l'os remontait à plus de deux ans, époque à laquelle la douleur, déjà vive mais encore supportable, porta ce jeune homme à comparer ses jambes l'une avec l'autre. Cette hypertrophie, alors comme depuis, était uniformément la même sur toute la longueur du tibia ; le malade, sain d'ailleurs, d'une bonne constitution, de taille supérieure à la moyenne, d'un tempérament sanguin et légèrement lymphatique, n'avait jamais quitté son village; ni lui ni ses ascendants n'avaient eu d'affection syphilitique ; il attribuait l'origine de son mal à une contusion produite par une pièce de bois placée sur une charrette et qui l'avait fortement heurté au détour d'un chemin sans déterminer toutefois de déchirure à la peau. Plusieurs médecins consultés avaient prescrit, qui des sangsues, qui de simples émollients, qui des fondants *intus et extra*, et quoi qu'on eût fait, l'affection n'avait pas cessé d'empirer. Grand fut l'embarras pour établir un diagnostic et formuler un traitement. Pendant plusieurs jours il examina avec un vif intérêt cette étrange affection ; il n'était guère possible de songer à une névrose, la peau était saine, la surface de l'os était lisse et régulière, la pression ne déterminait aucune exaspération de douleur sur quelque point qu'on l'exerçât. Était-ce une de ces rares exostoses occupant toute l'étendue et toute la surface d'un os? Peut-être était-il permis de le supposer en considérant que les extrémités articulaires, bien qu'augmentées de volume, étaient loin d'être aussi développées que la diaphyse ; la douleur restait bornée à la jambe et n'irradiait que très-faiblement à la cuisse et à l'aine. Y avait-il là une inflammation médullaire chronique déterminée par la contusion? Mais dans cette hypothèse même, on ne comprenait guère comment avait pu se produire cette énorme hypertrophie du tibia, arrivée à ce degré. Ne fallait-il voir là qu'une simple exagération de nutrition ? Mais alors à quoi rapporter la souffrance atroce qu'accusait le malade? Plein de doutes et pourtant animé du désir de soulager ce pauvre jeune homme, inclinant à la supposition la plus vraisemblable d'une sorte de phlegmasie médullaire avec étranglement, il proposa l'application de deux couronnes de trépan à la face antérieure et vers la partie moyenne de l'os. Le malade accepta avec empressement cette voie de salut et, dès le lendemain, l'opération fut pratiquée. Elle ne

présenta à noter que cette seule circonstance, qu'il fallut faire mouvoir très-longtemps l'arbre du trépan avant d'arriver à la cavité du tibia ; les disques osseux qui furent retirés avaient une épaisseur de plus de 2 centimètres et présentaient une consistance éburnée. Rien ne fut rencontré dans la cavité médullaire qui parût très-rétrécie, il ne s'en écoula aucune espèce de liquide, et cependant le soulagement fut presque instantané ; la nuit qui suivit la trépanation fut excellente et le lendemain, le malade affirmait que sa douleur était très-supportable ; après deux semaines il partait guéri et bientôt il se remit au travail. Le volume de l'os n'avait pas sensiblement diminué, deux cicatrices enfoncées indiquaient la place où les couronnes du trépan avaient été appliquées. Un au plus tard, l'opéré ne sentait plus aucune lourdeur dans la jambe, bien qu'elle fût toujours aussi volumineuse, et il se félicitait de sa guérison. (*Abeille méd.*, n° 45.)

Si, en vertu de l'axiome : *Naturam morborum ostendunt curationes*, la cessation immédiate de la douleur autorise le diagnostic porté, on ne se rend pas compte de l'hypertrophie persistante du tibia qui est le caractère saillant de ce fait. N'est-il pas plus rationnel d'y voir un exemple très-probant de cette maladie inconnue, indéterminée dans sa nature, regardée comme un abcès médullaire par quelques-uns et que M. Nélaton a tout récemment qualifiée d'*affection douloureuse du tibia* pour ne rien préjuger à cet égard ? Le succès de la trépanation surtout, sans aucun écoulement de liquide, justifie cette assimilation. C'est ainsi que Brodie la vit réussir constamment et que Michon, MM. Broca et Nélaton reconnurent son efficacité. Un fait important, dit M. E. Cruveilhier, est l'innocuité de l'opération et son succès constant. Deux faits nouvellement observés au Brésil dans la ville de Bahia peuvent servir ici de points de comparaison.

I. Esclave créole de vingt-huit ans, souffrant depuis quatre à cinq ans d'une douleur intense à l'extrémité inférieure du tibia avec gonflement graduel de son volume dans le tiers inférieur. Intermittente au début, la douleur devint ensuite continue avec exacerbations qu'aucun moyen thérapeutique ne pouvait diminuer.

Appelé lors de l'une de ces exacerbations, M. le docteur Paterson trouva le tiers inférieur du tibia très-gonflé surtout au dessus de l'articulation. Peau tendue et luisante, comme adhé-

rente au périoste. Une légère dépression commençant à un demi-pouce au-dessus de l'articulation se dirigeait obliquement en haut vers le bord interne. La douleur la plus forte et constante existait en bas où une cicatrice récente indiquait une incision pratiquée deux mois auparavant sans résultat. Privée de sommeil depuis plusieurs semaines, la malade était maigre, sans appétit, vomissant souvent, et dans un état d'extrême irritabilité fébrile voisine du délire.

Un abcès chronique du tissu spongieux du tibia étant diagnostiqué, une trépanation de 15 centimètres de diamètre fut pratiquée le 5 septembre 1865 à l'aide du perforateur de Laugier. La résistance cessa tout à coup à deux tiers de pouce de profondeur ; du sang et des vestiges de pus étaient dans l'instrument ; en le retirant et dès le second cataplasme, il sortit une grande cuillerée de pus épais et l'écoulement continua plusieurs jours. La douleur cessa immédiatement sans récidive. (*Gaz. med. da Bahia*, n° 2.)

II. Témoin de l'effet merveilleux de cette simple opération, le professeur Caldas crut devoir y recourir dans un cas identique en apparence sur une créole de vingt ans, accouchée depuis trois mois et qui depuis un mois était à l'hôpital de la Charité, sans aucune amélioration. Apportée dans son service de clinique externe, elle présentait un gonflement fusiforme de la jambe gauche commençant à six travers de doigt au-dessus des malléoles et se terminant à l'extrémité supérieure du tibia dont le volume était doublé. Œdème des parties molles s'opposant à la flexion de la jambe sur la cuisse. Douleurs intolérables augmentant à la pression ; frissons et accès fébriles rémittents, insomnie et inappétence.

Les préparations mercurielles, iodées et iodurées ayant été employées sans profit, la trépanation fut pratiquée le 17 avril, mais sans sortie de pus. Néanmoins le soulagement eut lieu dès le lendemain jusqu'au 22, où de nouvelles douleurs se manifestèrent au-dessus de la trépanation, persistant malgré le cathétérisme de cette cavité, des cataplasmes et des onctions avec des pommades calmantes jusqu'au 18 mai. C'est alors que supposant que le diamètre de 5 millimètres de la perforation était insuffisant, une trépanation plus étendue fut pratiquée au-dessus de la première et dès lors en effet toute douleur cessa, bien qu'il n'ait sorti que de l'humeur séreuse les jours suivants. La guérison fut complète. (*Gazeta med. da Bahia*, n° 3.)

Ce dernier cas, semblable à celui de Brodie, de MM. Broca et Nélaton, par l'absence de tout écoulement de pus, rentre donc bien dans cette *affection douloureuse du tibia*, à laquelle il nous semble que celui de M. Heulhard d'Arcy se rapporte. Ce sont donc deux nouveaux exemples à ajouter à ceux qui existent déjà dans la science. La réalité de cette espèce pathologique est ainsi mise hors de doute, quoique son essence même reste indéterminée, car la nouvelle dénomination d'*étranglement médullaire* ne paraît pas encore résoudre ce problème malgré que la réapparition des douleurs, cédant définitivement à une nouvelle et plus grande perforation de l'os dans ce cas-ci, semble venir à l'appui de cette nouvelle interprétation.

EXERCICE. On a vu depuis quelques années seulement soutenir publiquement en France la liberté illimitée de l'exercice de la médecine, telle qu'elle existe aux États-Unis du nord de l'Amérique. La plupart de ses partisans, il est vrai, n'étaient revêtus d'aucun titre légal et paraissaient ainsi plaider leur propre cause, ce qui en diminuait beaucoup la valeur. Mais un jeune chirurgien de grand mérite, M. Léon Le Fort, est venu donner une certaine force à cette doctrine, en l'étayant sur de nouvelles bases et en lui prêtant l'appui de son talent. Le monopole de la pratique médicale ne saurait exister, d'après lui, ni en droit ni en fait : l'État n'enseignant la médecine qu'en faveur des malades et ne délivrant les diplômes, qui en sont la conséquence, comme ceux des docteurs ès lettres et du baccalauréat, que pour leur offrir une marque distinctive, évidente, de connaissances suffisantes pour se faire soigner à cause de leur incapacité radicale de les distinguer autrement. Mais il ne saurait à bon droit leur empêcher absolument de se faire soigner par qui bon leur semble, à moins d'attenter à la liberté individuelle.

Évidemment, il y a une étrange confusion à parler ici de la liberté du malade à se traiter à sa guise. Elle ne lui a jamais été contestée, pas plus que celle de vivre et de mourir comme il l'entend, pourvu qu'il ne porte préjudice à personne. Ce qui est défendu à bon droit par la loi, c'est la liberté de traiter les autres quand on n'a pas fait preuve de connaissances suffisantes à cet effet en vertu de ce principe, limite légitime et naturelle de toute liberté, qu'il peut ainsi nuire et préjudicier à autrui, comme cela n'arrive que trop souvent. Défense faite au même

titre que celle de voler, d'assassiner. La distinction est donc capitale.

Selon M. Le Fort, aucun privilége ne résulte autrement pour le médecin de son diplôme, car il n'existe pas de contrat bilatéral entre lui et l'État, comme en Bavière et dans le duché de Nassau, ce qui en fait un fonctionnaire public. Si le monopole existait, un tarif serait indispensable, comme en Prusse. Il est donc contraire à notre ordre social, et de là les infractions fréquentes à la lettre de la loi française et la tolérance de l'autorité sous ce rapport. Les médecins mêmes, seuls ou associés, n'auraient pas le droit de poursuivre l'exercice illégal.

Aussi bien la législation anglaise, longuement décrite et commentée, est-elle complaisamment invoquée comme un modèle à suivre. Le seul privilége du médecin diplômé est d'avoir son nom et son titre vérifié par le *General Council*, inscrits sur le *Medical register*, et de pouvoir ainsi agir comme expert en justice et y réclamer ses honoraires contestés. Pour l'exercice, il tombe dans le droit commun, chacun pouvant se renseigner sur ce *Medical register*, de la réalité du titre de celui auquel il s'adresse aussi bien que de sa valeur et de la garantie du savoir relatif qu'il comporte. (*Gaz. hebd*, n°s 4 et 5.)

Cette doctrine est spécieuse et en contradiction avec la législation générale à ce sujet. Si l'Angleterre, malgré tout son respect de la liberté individuelle, a légiféré le *Medical Act* de 1858, c'est qu'en présence des abus criants, des malheurs publics, des catastrophes quotidiennes qui se produisaient sous l'empire de la liberté illimitée de l'exercice médical, comme elle existe encore aux États-Unis, l'opinion publique commandait impérieusement d'y mettre un terme au nom même de la sécurité des malades. Aussi restreint-elle chaque jour davantage cette liberté en présence des malheurs qui ont encore lieu par l'impéritie des guérisseurs. Partout ailleurs, cet exercice est absolument privilégié avec raison, car en butte aux promesses menteuses des guérisseurs faites tous les jours publiquement, le malade qui souffre et qui n'obtient pas sa guérison sera toujours disposé à s'y abandonner avec danger, non-seulement pour sa bourse, mais pour sa vie. Le droit commun ne saurait être invoqué ici. La répression est indispensable, et c'est pourquoi l'Angleterre, après expérience, arrive insensiblement à l'exercer. Déjà les personnes traduites en justice pour exercice illégal sont condamnées pour ce fait à des amendes

bien supérieures à celles édictées en France. Voilà le seul point enviable à Albion.

Exercice illégal. Délégué de l'Association du Rhône à l'assemblé générale annuelle de l'Association des médecins de France, M. Diday a dû tressaillir d'aise et sentir renaître sa confiance troublée, quand, à l'unanimité, a été adoptée la proposition suivante : « L'assemblée générale, désirant que les efforts de l'Association soient immédiatement dirigés vers la répression de l'exercice illégal de la médecine, et craignant qu'en divisant ses efforts, elle ne les affaiblisse, déclare que les autres questions inscrites au rapport de M. Barrier sont ajournées. » Voy. Jurisprudence.

De l'exercice de la médecine par les prêtres et les communautés religieuses. Rapport présenté à la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Moselle, par le docteur P. X. Finot, membre de la Commission administrative. In-8°. Metz.

Réunissant tous les délits à cet égard, — et ils sont nombreux et patents, — signalés par les associations locales, ce travail montre, dans toute sa gravité, cette plaie hideuse de la société. Il est ainsi de nature à éclairer l'autorité et montrer l'utilité d'une réforme de la législation à ce sujet.

EXOSTOSE. **Exostose sous-unguéale.** Douloureuse, gênante et allant jusqu'à empêcher la marche quand elle siége au pied, cette affection a nécessité jusqu'à l'arrachement de l'ongle et l'amputation même de la phalangette pour sa guérison. Imaginant un procédé plus simple et moins grave, M. Heulhard d'Arcy s'est borné à amincir l'ongle avec des fragments de verre sur la partie qui recouvre l'exostose, il excise celle-ci avec une tenaille incisive et évide ensuite la partie de la phalange avec la gouge en terminant par la cautéristation avec le feu ou l'acide. Tout cela est donc assez simple et peut être exécuté sans douleur à l'aide de l'anesthésie locale. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Exostose du sinus frontal. D'après une nouvelle étude sur ce sujet, M. Dolbeau conclut que la membrane de Schneider et celle qui tapisse les différents sinus et cellules annexés aux fosses nasales peuvent devenir le siége de productions os-

seuses, d'exostoses pouvant acquérir un très-grand volume, et tout à fait indépendantes des os du crâne et de la face. Il y rattache ainsi une dizaine de cas enregistrés dans la science et dont le siége précis était resté douteux. Toujours plus ou moins libres dans les cavités où elles ont pris naissance, à moins qu'on ne leur laisse prendre un développement considérable au point de s'enclaver, ces exostoses peuvent être énucléées. On doit donc le faire aussitôt qu'elles sont reconnues afin d'éviter leur extension dans la cavité crânienne. Leur extrême dureté étant réfractaire à tous les instruments, même la gouge et le trépan, il faut ouvrir largement la cavité qui les contient pour les ébranler en masse, ce qui permet d'en obtenir la sortie facilement. (*Acad. de méd.*, septembre.)

F

FÈVE DE CALABAR. D'après M. le docteur Méry, médecin de la marine, la qualification de cette plante, si curieuse par ses propriétés antagonistes avec l'atropine sur la pupille, ne serait plus exacte. Elle ne serait pas seulement originaire du Calabar, mais encore des environs des sources de la rivière Como, près du Gabon, où l'on peut s'en procurer. Une tribu pahouine lui a offert, en effet, quelques fèves, et tentés par le tabac qu'il leur offrait en échange, d'autres naturels promettaient d'en fournir par centaines, après quelques jours, pour aller la chercher. Plus tard, en effet, il recevait la liane et quelques gousses fraîches. Les Pahouins la désignent sous le nom de *dgiou* (*Arch. de méd. nav.*, avril). Cette source nouvelle d'une plante exotique, si précieuse et si chère, ne saurait être indifférente et mérite d'être utilisée.

FIÈVRES. Fièvre puerpérale. ÉTIOLOGIE. Les diverses opinions qui existent à ce sujet parmi les hommes spéciaux les plus autorisés se sont de nouveau révélées dans la grande discussion soulevée devant la Société de chirurgie sur les maternités (voy. ce mot). D'après M. Le Fort, elle n'est que très-peu soumise à l'influence des saisons, du climat, des épidémies concomitantes, des conditions individuelles, de la population plus ou moins considérable de l'établissement. La forme épidé-

mique qui en est le caractère n'est pas due à un germe répandu dans l'atmosphère, à des conditions météorologiques, car pour une même ville il n'y a pas coïncidence dans l'état sanitaire de deux maternités voisines. Il a montré, par des travaux graphiques, que tandis que la Maternité de Paris est le siége d'épidémies épouvantablement graves, et cela pendant plus d'une année, la mortalité de la Clinique reste au-dessous de sa mortalité moyenne ordinaire. De même pour les maternités de Saint-Pétersbourg et de Vienne, où deux maternités sont placées dans le même hôpital, dans le même bâtiment, mais sans communication du personnel de l'une avec l'autre, la première étant destinée aux étudiants, la seconde aux élèves sages-femmes.

C'est la contagion qui est cause du développement de la fièvre puerpérale sous forme d'épidémie; c'est la contagion d'une fièvre puerpérale accidentellement développée, s'étendant aux accouchées saines. Elle est favorisée par la réunion des accouchées dans les mêmes salles; elle est transmise par les malades, par les infirmières, par le médecin lui-même, et les épidémies décrites dans les villes, dans les villages, n'existent parfois que dans la clientèle d'un seul accoucheur.

M. Tarnier n'adopte pas cette doctrine exclusive, et examinant de près les lignes comparatives de mortalité sur lesquelles elle est fondée, il trouve entre elles, sinon un parallélisme complet, du moins une concordance frappante qui suffit à démontrer que le génie épidémique est réel. Le plus grand danger d'en être atteintes, pour les primipares, décroissant à partir du jour de l'accouchement au huitième, après lequel elle ne se montre plus, en sont d'autres preuves, et s'il est vrai qu'en temps d'épidémie, l'acclimatement ne réussisse pas à la prévenir, il est du moins à peu près établi qu'à l'état sporadique, les femmes résidant depuis un certain temps à l'hôpital avant leur accouchement y sont moins sujettes.

Sans admettre de génie épidémique, M. Trélat n'admet pas davantage la contagion. La cause première des maladies puerpérales serait la misère agissant tantôt individuellement, tantôt d'une manière générale par masses lorsque le fléau de la disette vient faire planer sa fatale influence sur une ou plusieurs contrées du globe.

M. Guyon admet l'influence épidémique et en trouve surtout la réalité dans la constitution saisonnière. Le mois d'octobre,

par exemple, qui a le minimum d'accouchements dans la statistique de M. Trélat, présente l'un des maxima de la mortalité. Sans nier la contagion, l'infection lui semble bien plus puissante, et c'est ainsi que dans les Maternités de Rouen et de Dublin, où on laisse les malades avec les accouchées, sans s'inquiéter de la contagion, la mortalité est moindre que partout ailleurs, parce que l'on s'y préoccupe aussi le plus de l'infection de l'accouchement par l'alternance des salles, l'aération, la ventilation et les plus grandes mesures de propreté et d'hygiène. (*Soc. de chirurgie*, avril et mai.)

Une *Revue historique et critique des principales doctrines* émises et accréditées sur ce sujet par M. Hervieux conclut que, sous ce titre générique, on confond diverses entités morbides (*Union méd.*, n° 43 et suiv.). Tout en reconnaissant la vérité de cette conclusion, mise en évidence par les recherches nécroscopiques, on ne peut nier la réalité prédominante de celle-ci. Les épidémies qui sévissent ici et là dans certaines maternités, tandis que les établissements, les services semblables et voisins en sont exempts, ne démontrent que trop la fréquence de cette espèce morbide et sa contagiosité.

Étiologie et prophylaxie des épidémies puerpérales, par le docteur E. Hervieux, médecin de la Maternité. 1 vol. grand in-8°.

Dans ce nouvel examen clinique lu à la *Société méd. des hôpitaux*, l'acclimatement à la Maternité considéré comme favorable à la prévention de la fièvre puerpérale, d'après les statistiques de MM. Pajot et Tarnier, est de nouveau remis en question. Sur un total de 21 029 femmes admises à la Maternité pendant la période de 1855 à 1864 inclusivement, il résulte une mortalité de 6,82 pour 100, de celles qui ont accouché le jour même de leur entrée, et de 9,55 pour celles qui avaient préalablement séjourné dans la maison, ce qui infirme les résultats précédents. Mais il y a l'effet des épidémies intercurrentes dont il faut tenir compte, et qui a nécessairement apporté ce changement dans les résultats statistiques avec ceux des années qui en sont exemptes. On conçoit qu'en temps d'épidémie, le séjour dans le foyer ne puisse que prédisposer à la contracter, surtout quand il s'agit d'une maladie contagieuse comme celle-ci. On ne peut comparer des données dissemblables. Aussi l'auteur n'a-t-il pas conclu.

L'influence prédisposante de la primiparité, au contraire, est

ressortie telle que les calculs précédents l'avaient établie, aussi bien que celles des manœuvres obstétricales.

En raison de la puissance et de la rapidité d'absorption des plaies, démontrées de nouveau par les expériences de M. Demarquay, si la fièvre puerpérale n'a pas son point de départ dans la plaie de l'utérus elle-même, suivant l'opinion de M. J. Guérin, l'absorption extrêmement rapide des ulcérations du col semble du moins venir à l'appui. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Fièvre pernicieuse. Guidé par l'emploi du thermomètre axillaire et en vertu de cette donnée qu'il a érigée en loi : qu'au-dessus de 39° cent., la chaleur animale décèle avec certitude une fièvre essentielle (voy. *année* 1864), M. le docteur Robert de Latour soutient que celle-ci est fréquente à Paris, et cherche à le démontrer par de nombreux exemples. Ceux-ci, il est bien vrai, sont loin d'offrir tous les signes classiques, et à ce titre, il faudrait les récuser ; mais ils présentent un cachet bien autrement démonstratif, surtout d'après l'adage : *Naturam morborum ostendunt curationes;* la guérison rapide par le sulfate de quinine; preuve irrécusable de l'essentialité voilée, obscurcie qu'elle était dans tous ces cas par des irradiations inflammatoires sur les poumons ou le cerveau.

Il résulte, en effet, de ces observations que, le plus souvent, ces accès pernicieux s'accompagnent ici de toux fréquente, dyspnée, sans lésions fonctionnelles, d'autres fois accompagnées de matité, de souffle, de râles pneumoniques ou bien d'agitation, convulsions, délire, qui font croire à une méningite. Égarée ainsi, l'attention de l'observateur non prévenu se porte exclusivement sur ces affections locales, dont l'existence se révèle par des signes positifs, certains pour la poitrine et un appareil symptomatique non moins concluant pour le cerveau. Mais si, éclairé par ce fait bien constaté cliniquement aujourd'hui, que la chaleur animale, dans les fièvres symptomatiques, ne dépasse pas 39° cent., dans l'aisselle, l'observateur la trouve élevée à 40 ou 41, il conclura qu'une fièvre essentielle se cache sous cet appareil symptomatique. Il n'aura plus, dès lors, qu'à procéder par élimination pour savoir s'il a affaire à une fièvre intermittente, éruptive, typhoïde ou pernicieuse, et dans le premier comme dans le dernier cas, qu'à donner le sulfate de quinine concurremment avec les autres moyens propres à combattre les symptômes prédominants, bien que sous la dépendance de

la fièvre essentielle ceux-ci revêtent en effet un appareil assez intense pour constituer parfois une complication dangereuse.

La pneumonie, qui se lie à la fièvre pernicieuse, a d'ailleurs un caractère particulier. Elle se jette d'ordinaire sur la partie supérieure et postérieure gauche de la poitrine, tandis que c'est à droite, en arrière et en bas, que se montre le plus souvent la pneumonie essentielle ou idiopathique. Au siége seul, on peut donc en soupçonner la nature.

Les signes céphaliques n'offrent malheureusement pas cette distinction précieuse. Leur soudaineté inexplicable, leurs intermittences peuvent seules mettre sur la voie étiologique réelle que la constatation de la température animale peut assurer. (*Union méd*, nos 29, 32 et 35.)

Il peut paraître étrange, nouveau, invraisemblable, que ces formes insidieuses, *pneumoniques* et *céphaliques* de la fièvre pernicieuse, soient si fréquentes, et l'on impute au sagace observateur parisien de les avoir faites ainsi pour les besoins de sa cause. Et pourtant n'en est-il pas de même dans la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives? Il n'est pas jusqu'à l'herpès labialis qui ne soit une manifestation de la fièvre angioténique. Et quand on réfléchit à ces cas obscurs, analogues aux précédents, où le diagnostic incertain a varié d'un jour à l'autre et que la mort subite, imprévue, a laissé sans titre positif, comme chaque praticien en a rencontré et comme l'auteur en relate lui-même, a-t-on bien lieu d'être étonné, surpris de ses déclarations? Le praticien averti ne doit donc pas se laisser prendre à ces manifestations trompeuses. L'usage du thermomètre axillaire en est le plus sûr garant. C'est un moyen de diagnostic de plus ajouté aux autres que personne n'a le droit de négliger.

Fièvre typhoïde. *Hémathémèse.* La mort, survenue par une hémathémèse dans le cours d'une fièvre typhoïde à forme adynamique est une complication bien rare et curieuse, puisque, d'après les recherches bibliographiques de M. Coulon, il n'existerait pas de cas semblable dans la science. Le 31 juillet 1863 entrait à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, service de M. Tavernier, un garçon de vingt-deux à vingt-trois ans, malade depuis huit jours. Abattu, sans forces, sa figure exprimait l'hébétude; il présentait tous les signes d'une fièvre typhoïde adynamique. Pas d'accidents cérébraux, ni délire, ni phénomènes ataxiques. Épistaxis au début.

Le 5 août, après midi, il est pris d'un vomissement de sang très-abondant qui amène promptement la mort. Pas d'hémorrhagie intestinale.

L'autopsie, pratiquée le surlendemain, montre dans le grand cul-de-sac de l'estomac un demi-litre de sang environ. La muqueuse *in situ* est rouge, injectée, mais sans ulcération ni rupture vasculaire.

Toutes les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde existent dans l'intestin; il y a un commencement d'ulcération des glandes de Peyer. Rate très-congestionnée, d'un brun foncé, molle, friable, se déchirant facilement. Congestion modérée du foie et des poumons. (*Bull. de la Soc. méd. d'Amiens*, 3e année.)

Il est extrêmement regrettable que des faits si intéressants ne soient pas publiés immédiatement avec tous les détails cliniques qu'ils comportent. Réduits comme ce dernier à de simples souvenirs et consignés dans des recueils peu répandus, ils passent inaperçus pour la science et sans profit pour les praticiens.

Parotidites. C'est à la réaction acide de la salive parotidienne, rare et acide, que l'on observe dans la fièvre typhoïde, que M. Mosher les attribue. Pour les prévenir, il recommande le cathétérisme du conduit de Sténon. Il a pu ainsi, dit-il, en arrêter le développement et prévenir les accidents inflammatoires. (*Berl. klin. Woch.*, n° 16.)

TRAITEMENT. *Iode.* Une médication, d'un effet général et hypothétique, est préconisée ici et là contre la fièvre typhoïde épidémique. C'est l'iode, *intus et extra*, dont le docteur Régis étend même l'usage comme prophylactique à toutes les maladies miasmatiques et infectieuses, le choléra en particulier. Mais, actuellement qu'il est passé, occupons-nous seulement de la fièvre typhoïde qui sévit constamment. Dans une épidémie à forme ataxique rapide et grave, six malades adultes furent soumis à des frictions sur le ventre avec la pommade iodée, et à l'usage interne de la teinture en potion, selon la formule suivante :

℞ Sirop de sucre	30 grammes.
Eau de fleurs d'oranger	20	—
Eau de tilleul	60	—
Teinture alcoolique concentrée d'iode	0,40	

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Une prompte diminution, puis la cessation des symptômes nerveux s'ensuivirent. Il ne restait plus qu'une entéro-mésentérite bénigne. (*Gaz. hebd.*)

Il n'y a rien à dire contre ce fait d'observation, d'autant moins qu'il a été constaté par d'autres observateurs, sinon qu'à en vérifier l'exactitude en répétant l'expérimentation dans des conditions identiques. Reste le mode d'administration de l'iode à perfectionner, ne serait-ce qu'en ajoutant une faible proportion d'iodure de potassium pour en compléter la solution aqueuse.

Autophagisme. Bien autrement important serait le signe invoqué par M. le docteur Mourgue pour saisir le moment opportun de l'alimentation dans cette pyrexie continue et les autres maladies aiguës, si son exactitude se confirmait. Il s'agit de l'apparition d'aphthes interprétés comme le résultat d'une diète sévère et prolongée, et l'indication que l'organisme, à bout de ressources, se mange, se détruit lui-même par un besoin impérieux de la nutrition, à défaut d'alimentation qu'on lui refuse. Le fait en lui-même est incontestable et assez commun; reste à savoir si l'interprétation pathogénique en est vraie. Barthez les signalo comme un phénomène critique, tandis que Broussais n'aurait pas manqué de voir là un signe persistant de l'inflammation.

C'est ainsi que, dans une même famille, deux jeunes enfants atteints de fièvre typhoïde guérirent par l'alimentation donnée dès l'apparition des signes d'autophagisme, tandis que la mère, atteinte consécutivement, succomba faute d'avoir suivi les mêmes règles en temps voulu. Deux autres cas sont encore cités à l'appui de cette doctrine. (*Gaz. des hôp.*, n° 131.)

Mais il est si aisé de recueillir des faits pour et contre toutes les opinions, qu'ici encore ils ont besoin d'être observés contradictoirement pour emporter la conviction. Le sujet est très-intéressant, car à une question de pathogénie s'y joint une question thérapeutique de première importance. On ne peut dire ici que la faim est le seul guide; souvent elle a besoin d'être stimulée, éveillée et, lors même que l'alimentation est refusée par la voie gastrique, il convient parfois de recourir à celle du rectum. Le signe indiqué par M. Mourgue serait donc précieux s'il était vrai, comme il l'affirme, que les aphthes fussent la manifestation pathognomonique de cette organopathie spéciale, cette dégénérescence par la diète qu'il appelle autophagisme. Il s'agit de le vérifier.

Affusions. C'est surtout dans la forme ataxo-adynamique qu'elles sont indiquées, comme un nouvel exemple rapporté par M. Bucquoy le confirme. Chez une femme entrée le 22 mars à l'hôpital de la Charité, une extrême prostration avec aspect stupide, yeux et visage injectés, la peau très-chaude et sèche, pouls à 120, ayant été suivis d'agitation et de délire avec augmentation de tous les symptômes, deux affusions par jour furent faites et bien supportées. Répétées le lendemain, la malade étant dans un bain, elles furent continuées tous les jours suivants et, dès le quatrième, le calme fut obtenu avec diminution du pouls, et bientôt la malade entra en convalescence. (*Gaz. des hôp.*)

Musc par la voie bronchique. Dans une fièvre typhoïde bénigne d'abord, puis passée à l'état adynamique, tous les médicaments étant immédiatement vomis, M. le docteur Vergier fit inhaler avec le pulvérisateur une préparation fortement musquée. Après moins de cinq minutes, le délirium disparut pendant plus d'une heure. Il en profita pour faire prendre un bon consommé et un peu de vin. Le délire ayant recommencé, il reprit l'instrument et réussit encore à ramener trois heures de calme. C'était la nuit, à la campagne, à deux lieues de distance. Il quitta le malade en recommandant aux parents la pratique qui venait de si bien réussir.

Mais il apprit le lendemain soir que la nuit avait été très-agitée, que l'on n'avait pas su se servir de l'instrument.

L'agitation paraissant vouloir recommencer, il reprit la pulvérisation et réussit comme la veille. Mais l'impossibilité de continuer ce moyen pour le médecin et la difficulté pour la famille de s'en servir ne permirent plus d'y recourir et le malade succomba. (*Revue méd.*, février.)

Typhus fever. M. Grimshaw a confirmé, par un diagramme des sept derniers mois de 1864, l'influence de la température chaude et humide sur la production du *typhus fever*, étudié dans les hôpitaux de Dublin. Les rapports de ces trois facteurs paraissent ainsi très-étroits. (*The Dubl. quarterl. Journ.*, mai.)

Fièvre intermittente. Étiologie. Peu de problèmes en pathologie ont autant exercé la sagacité et les facultés théoriques des médecins que la cause de l'intermittence, dont le remède souverain n'a pu même dévoiler l'essence. Tout ce que

l'on sait par expérience de plus certain à ce sujet, c'est que, dans les localités adjacentes aux cours d'eaux marécageuses coulant sur un sol d'alluvion, dans les pays chauds surtout, où les formations géologiques sont plus récentes, il se développe à certaines époques une influence délétère connue sous le nom de *miasmes*. Les autres théories émises à cet égard ne sont guère que des opinions personnelles à leurs auteurs ; mais elles devront disparaître toutes devant la récente découverte du professeur Salisbury, si les recherches ultérieures en confirment la réalité.

A l'aide du microscope, il a constaté la présence constante des sporules d'une plante cryptogame suspendue dans l'atmosphère humide des régions palustres, où les fièvres intermittentes et rémittentes sont endémiques. Voici comment : il suspendait durant la nuit des plats de verre à une hauteur d'un pied environ de la surface des eaux marécageuses et stagnantes. Le matin, le dessous du vase était invariablement recouvert de gouttes d'eau contenant les mêmes corps microscopiques, constatés ensuite dans l'expectoration des malades, tandis que le dessus ne contenait que des cellules spéciales qu'il considère comme la cause de l'intermittence. C'est une petite cellule oblongue, type algoïde, ressemblant beaucoup aux cellules palmellées, ayant un nucléus distinct, entouré d'une paroi cellulaire, avec un large espace transparent entre l'enveloppe et le noyau.

Des expériences répétées en divers lieux donnèrent constamment les mêmes résultats. Et comme preuve que c'est bien là le *fons et origo mali*, M. Salisbury a rencontré ces cellules dans l'expectoration d'un grand nombre de fébricitants et de personnes exposées le soir, la nuit et le matin, aux effluves paludéennes. Leur sécrétion salivaire contenait des cellules microscopiques et d'autres corps; mais les cellules en question étaient les seules qui s'y trouvaient constamment.

M. Salisbury découvrit la source de la nature algoïde de ces cellules en répétant ses expériences sur les marais et les marécages avoisinant la ville de Lancaster dans l'Ohio. Obligé pour s'y rendre de traverser une vaste prairie avec des fondrières, dont les eaux s'étaient retirées, où croissaient des plantes du type palmé, il éprouvait une sensation particulière dans le gosier et les bronches, et, à son retour, ses crachats contenaient les cellules en question. En suspendant ses plats

de verre à la surface du sol de cette plaine desséchée, foulée par les bestiaux, le dessous était recouvert, le lendemain matin, des cellules en question, et il les retrouva de même dans la boue des fondrières en en plaçant un fragment sous le champ du microscope. Cette triple épreuve confirmative était donc concluante.

En poursuivant ses recherches dans plusieurs districts infectés de fièvres intermittentes, le docteur Salisbury démontra partout l'existence de ces cellules et de ces plantes et leur influence pathogénique de la fièvre. Dans quelques localités nouvellement envahies, il put reconnaître une abondante croissance des algues toxiques sur les bords d'un fossé nouvellement établi, et qui n'avait jamais été soupçonné d'être la source de la maladie. Répétition de ces marais desséchés, supprimés, ou à l'établissement de ces mares d'eaux stagnantes qui, en coïncidant avec l'apparition ou la disparition de la fièvre intermittente, en ont été regardés comme la cause. L'explication seule diffère. Tandis que l'élément miasmatique paludéen était ici seul en cause sans que l'on puisse le voir ni le démontrer que par ses effets, là, au contraire, la cause est beaucoup plus saisissante, puisque chacun peut la vérifier à l'occasion.

Restait à faire la preuve directe de la puissance fébrigène de ces plantes pour prévenir toute objection. A cet effet, M. Salisbury fit remplir six tonnes de terre prise à la surface d'une prairie humide, marécageuse, palustre, recouverte des plantes palmées dont s'agit. Des gâteaux de la dimension des tonnes furent enlevés à la surface avec cette végétation, et encaissés avec soin. Transportés dans un district montueux, élevé, dans une localité à trois cents pieds au-dessus du niveau de la mer, parfaitement salubre, où jamais un cas de fièvre intermittente n'avait paru, et à cinq milles environ de toute contrée palustre, ces boîtes de cryptogames découvertes furent placées sur le châssis d'une fenêtre, au second étage, ouvrant sur la chambre à coucher de deux jeunes gens. La fenêtre fut tenue constamment ouverte. Des plats de verre, suspendus au-dessus durant la nuit du quatrième jour, décelèrent immédiatement le corps du délit : la surface inférieure en fut trouvée recouverte des spores palmellées, et de nombreuses cellules de la même espèce adhéraient à un plat suspendu dans la chambre, lequel avait été mouillé avec une solution concentrée de chlorure de calcium.

Dès le douzième jour, un des jeunes gens eut un accès de fièvre intermittente, et le second en fut atteint le quatorzième jour. Tous deux eurent ainsi trois accès successifs du type tierce qui furent jugés par le remède souverain.

Des quatre membres de la famille couchant au premier étage, aucun ne fut atteint.

Ces preuves cliniques, répétées à plusieurs reprises, donnèrent constamment les mêmes résultats. Elles sont donc décisives en faveur de l'interprétation donnée par leur auteur à la nouvelle pathogénie de la fièvre intermittente. Aussi, après avoir consacré une étude spéciale à étudier la hauteur où s'élèvent ces spores cryptogamiques dans les différents lieux où il les a constatés, cherche-t-il à expliquer comment la quinine guérit l'intermittence sans agir sur le poison introduit dans l'organisme. Les organes urinaires seraient sa voie d'élimination, et les diurétiques, diaphorétiques et expectorants seraient ainsi des auxiliaires puissants pour la faciliter. Il décrit de même cinq espèces de plantes pouvant la produire, sous le nom générique de *Gemïasma*. A un autre type, il donne le nom de *Protuberans*. Le seul moyen d'en prévenir les effets délétères serait l'arrosage avec une solution de chaux caustique. (*Amer. Journ. of med. Sciences.*)

Il serait sans utilité de s'étendre plus amplement sur ce sujet pour le moment. Il suffit de signaler cette découverte aux observateurs laborieux pour savoir si elle est susceptible des féconds résultats que l'auteur en attend. Dans ce cas, elle serait évidemment une des plus importantes conquêtes du siècle et mériterait d'être classée avec la découverte de la vaccine et celle de l'anesthésie. A l'appui de sa réalité, le docteur van den Corput dit, qu'étant étudiant, il a constaté à plusieurs reprises, qu'en laissant séjourner dans sa chambre à coucher des algues et des végétaux palustres, contenus avec de la vase dans un large bassin, il ressentait invariablement, quelques jours après, de véritables accès de fièvre intermittente. Ce qui mit dès lors en question pour lui, si la cause de ces accès intermittents doit être placée dans des émanations gazeuses de nature hydrogénée comme le voulaient Rigaud de l'Isle et Julia, ou si elle ne résiderait pas plutôt dans des algues microscopiques dont les sporules ténues seraient entraînées par les vapeurs aqueuses ou soulevées par les vents. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, avril.)

Voici la réponse :

« .... En 1861, dit M. le docteur J. Lemaire, je démontrais au Muséum de Paris, à MM. le professeur Gratiolet, le docteur Sénéchal et Desmarets, aides-naturalistes, que les gaz qui se dégagent des matières en putréfaction avancée contiennent toujours, dans la vapeur d'eau qui les accompagne, soit des spores, soit d'autres corps reproducteurs de microphytes et de microzoaires. Il suffit de condenser cette vapeur par le froid et de l'examiner au microscope pour faire cette démonstration.

» Le résultat de ces premières recherches est consigné dans le *Moniteur scientifique* du docteur Quesneville, 15 octobre 1862. Je me servais de cette découverte, dès cette époque, pour soutenir que les miasmes qui donnent naissance aux fièvres palustres sont des êtres vivants. Ce travail est reproduit dans la première édition de mon livre sur l'acide phénique.

» En 1864, quittant le laboratoire du chimiste, je me rendis en Sologne avec mon ami, le professeur Gratiolet, pour répéter mes expériences sur les miasmes qui se dégagent des nombreux marécages de ce pays. Nous choisîmes ceux qui sont réputés les plus malsains par les habitants.

» Nous condensâmes à l'aide du froid, à un mètre au-dessus du niveau des marécages, la vapeur d'eau qui s'en dégageait ; nous l'examinâmes *illicò* à l'aide de nos sens et des papiers réactifs, puis enfin au microscope. Nous reconnûmes qu'au moment de sa condensation, ce liquide contenait des spores sphériques, ovoïdales et fusiformes, puis un grand nombre de cellules pâles de diverses dimensions. Nous y trouvâmes en quantité considérable de très-petits corps semi-transparents dont j'ai décrit les formes.

» On trouve le résumé de ces recherches avec d'autres non moins intéressantes, sur le même sujet, dans les *Comptes rendus* de l'Académie des sciences (17 et 29 août 1864). J'en ai donné un extrait dans la seconde édition de mon livre sur l'acide phénique, pages 188 et 355. »

Aux réclamations de priorité de la presse médicale américaine, en faveur du professeur Salisbury, d'avoir spécifié, démontré la plante, l'algue proligène de ces sporules morbides, voici que cette découverte aurait été faite il y a longtemps, empiriquement sans doute et sans que l'on s'en rendît compte, mais démontrée néanmoins avec autant d'évidence que par le savant micrographe américain, le docteur Hannon. «En 1843, dit-

il, j'étudiais à l'Université de Liége : le savant professeur Charles Morren m'avait enthousiasmé à tel point, à l'étude physiologique des algues d'eau douce, que j'avais encombré les fenêtres et la cheminée de ma chambre à coucher d'assiettes remplies de vauchéries, de conferves, de zygnèmes, d'oscillaires, etc. J'entretenais avec bonheur mon professeur de mes observations sur ces algues, et chaque fois il me disait : « Prenez » garde à l'époque de leur fructification, les spores des algues » donnent la fièvre intermittente, — je l'ai éprouvé chaque » fois que je les ai étudiées de trop près. » — Comme je cultivais mes algues dans de l'eau pure, — et non dans l'eau des marais où je les avais recueillies, je n'attachais aucune importance à ces observations.

« Mal m'en prit. — Un mois plus tard, à l'époque de la fructification, — je fus pris d'un frisson, mes dents claquèrent, — j'avais la fièvre, — elle dura six semaines, — ce fut le docteur Alphonse Leclercq qui m'en débarrassa à Bruxelles, car j'avais alors quitté Liége.

» Quand je revis le professeur de botanique, Charles Morren, je lui racontai ce qui m'était arrivé. « Vous voyez, me dit-il, je » vous l'avais bien dit ; vous n'êtes pas le seul que j'aie vu » devenir fiévreux de la sorte. » (*Idem*, mai.)

Suscitées par les expériences et les observations de M. Salisbury, ces réminiscences, loin de les atténuer, en confirment la réalité et la valeur, et doivent inciter d'autant plus à les répéter. Si la vérité est de tous les temps et de tous les lieux, elle doit être débarrassée des entraves de l'ignorance pour prendre son essor définitif et paraître dans tout son éclat. Témoin les observations, les remarques, les tentatives faites sur les grandes découvertes, comme la circulation, la vaccine, l'auscultation, l'anesthésie, avant qu'un esprit ou une voix puissante les ait définitivement fécondées et établies sur des bases scientifiques en y attachant son nom. Toute la gloire d'une œuvre qui est souvent celle du temps, des siècles et de nombreux travailleurs, se fixe ainsi sur un seul, et celle de M. Salisbury sera grande s'il a définitivement démontré la cause des fièvres intermittentes paludéennes.

Traitement. Dans les cas d'intermittence insidieuse, compliquée de cachexie paludéenne prononcée, avec teint blafard, subictérique parfois, bouffissure de la face, anasarque, hypertrophie

considérable de la rate et du foie, M. Kuntz a employé avec avantage, chez plusieurs malades revenus d'Afrique avec ce cortége de symptômes, et qui avaient pris vainement des quantités considérables de quinine, l'électuaire suivant, préconisé autrefois par Lobstein :

℞ Poudre de quinquina rouge	40	grammes.
— de rhubarbe	15	—
Hydrochlorate d'ammoniaque	3	—
Sirop blanc	q. s.	
Mêlez.		

A diviser en 20 parties égales, dont on donne 4 par jour à une heure d'intervalle avant l'accès. Mieux approprié que l'acide arsénieux à ces états compliqués, où les troubles du tube digestif et de tout l'organisme ne permettent pas de préjuger l'action d'un remède, cet électuaire semble devoir lui être d'autant plus sûrement préféré qu'il est rationnel et exempt de tout danger. (*Soc. de méd. de Strasbourg.*)

Sulfate de quinine par la voie bronchique. A la voie sous-cutanée, endermique, substituée à la voie gastrique, en voici une troisième qui, d'après son absorption rapide et le mode d'administration du médicament, semble préférable aux deux autres comme on peut en juger par l'observation suivante. Voy. THÉRAPEUTIQUE RESPIRATOIRE.

Le 18 novembre, Guste, ouvrier de saline, âgé de cinquante-cinq ans, entra à l'hôpital de Dieuze pour une fièvre intermittente quarte, compliquée d'inflammation gastro-intestinale. Logé dans une maison basse, placée sur le versant nord d'une colline, inclinée vers un large ruisseau fangeux, le *Verbach*, Guste avait d'abord été atteint, en avril, d'une fièvre tierce, qu'un éméto-cathartique eût pu juger; mais on lui administra le sulfate de quinine à haute dose (2 grammes en quarante-huit heures) à l'intérieur, ce qui n'empêcha pas la pyrexie de récidiver chaque quinze jours, et Guste de reprendre son travail durant les quinzaines d'intermittence.

Mais bientôt il maigrit, perdit ses forces et fut contraint d'entrer à l'hôpital, ne pouvant plus rien digérer. A son entrée, les voies digestives étaient d'une susceptibilité telle qu'il ne pouvait plus rien conserver dans son estomac; le sulfate de quinine moins que tout autre chose. Émaciation très-prononcée, langue pointue, très-rouge au sommet, blanche et saburrale

dans le reste de son étendue, épigastre gonflé, d'une sensibilité telle que le malade prétendait n'y pouvoir supporter le drap de son lit, appétit nul, soif modérée, constipation opiniâtre. La rate percutée indique un développement de 65 millimètres en hauteur et 115 millimètres en longueur. Rien du côté du cœur, ni du poumon, ni du foie. Dureté de l'ouïe, depuis les premières doses de sulfate de quinine.

Le dernier accès, très-violent, avait duré plus de vingt-quatre heures, avec chaleur excessive et même un peu de délire. Le danger paraissait donc imminent à la reprise de l'accès, sans pouvoir compter sur le fébrifuge par excellence, puisque le malade ne pouvait plus le supporter. Heureusement, il y avait la voie directe, par où le poison avait pénétré, les poumons et le pulvérisateur, pour y faire entrer l'antidote. Dès le lendemain, M. Ancelon administre une pulvérisation de quinze minutes avec la solution suivante :

℞	Sulfate de quinine.	1 gramme
	Décoction de quinquina.	1 litre.

Même dose le 20, que le malade inhalait aisément sur son lit.

Le 22, à sept heures du matin, l'accès avait été remplacé par un simple frisson, sans aucune suite. Les pulvérisations furent continuées jusqu'au 24 inclusivement, et l'accès ne se montra plus.

Quant à l'irritation gastro-intestinale, elle disparut sous l'influence de quatre applications de ventouses, cataplasmes émollients et l'eau froide pour boisson. La rate ne parut pas le moins du monde avoir cédé au nouveau mode d'administration du sulfate de quinine, les ventouses seules et des frictions avec une pommade au sel marin à haute dose en ont eu raison.

Le malade est sorti complétement guéri le 28 novembre. (*Revue méd.*, février.)

Une seconde observation inédite a été recueillie par M. Sales-Girons dont voici le résumé.

Une demoiselle de vingt-cinq ans, d'origine allemande, a rapporté, d'un séjour à Moscou, une fièvre intermittente, revenant sans cause appréciable et sans termes fixes quatre ou cinq fois tous les ans.

Les accès en sont très-forts et les doses de sulfate de qui-

nine qu'il faut lui administrer pendant huit jours sont de plus en plus hautes.

Le médecin qui l'a soignée, M. le docteur Bujon, assure qu'il faut arriver jusqu'à produire un véritable *quinisme* pour en venir à bout.

J'ai conseillé à cet honorable confrère de la traiter au prochain accès par la respiration d'une solution de sulfate de quinine pulvérisée. Ce qui a été fait en juin dernier, dès les premières manifestations de la maladie.

50 centigrammes dudit alcaloïde, dissous par quelques gouttes d'acide sulfurique et étendue dans quatre onces d'eau ordinaire, telle a été la formule du médicament que la malade a respiré devant mon pulvérisateur qui répond de la pénétration du liquide dans les bronches.

J'ai suivi cette observation avec le plus grand intérêt, de même que M. le docteur Bujon faisait exécuter le traitement avec le plus grand soin.

Dès les premières séances du matin et du soir des jours apyrétiques, l'accès ne reparut pas ; néanmoins, les séances furent continuées trois ou quatre jours encore, et la fièvre a été guérie.

Pellicules de la noix. On les emploie comme antipériodiques dans quelques parties de la France, le Loiret par exemple. C'est un remède populaire à Mettray. Recueillies quand le fruit est en cerneau, séchées et réduites en poudre, on les administre à la dose de 5 grammes par jour, pendant trois jours successifs. Par la grande quantité de tannin contenu dans ces pellicules, on peut prévoir qu'elles réussissent comme le tannin lui-même en pareil cas, sans aucune propriété fébrifuge spéciale. (*Bull. de thérap.*, octobre.)

Iris de Florence. Son action antipériodique, vantée dans ces dernières années par quelques médecins italiens, a été confirmée par M. le docteur Fenoglio, à l'hôpital *Mauriziano*, de la manière suivante : Ayant fait préparer, dans l'hôpital même, un extrait aqueux avec les racines de cette plante, il l'administra, du 22 mai au 26 juin suivant, à 24 fébricitants de divers types, dont il donne le tableau clinique, à la dose de 10 grammes, dissous dans 100 grammes de véhicule, à prendre en deux fois dans l'apyrexie. Or, de ce nombre, 18 guérirent rapidement avec deux, trois, quatre ou cinq doses de ce remède.

Les 6 autres n'obtinrent qu'une diminution dans la durée et l'intensité des accès, qu'une dose de sulfate de quinine a fait cesser immédiatement.

Le résultat fut à peu près semblable en joignant l'usage de l'hyposulfite de magnésie à l'extrait d'iris. Sur 25 fébricitants, traités ainsi du 26 juin au 19 août suivant, 20 guérirent et les 5 autres ne furent qu'améliorés comme avec l'extrait d'iris seul. (*Gazetta med. di Torino*, n° 40.)

Les avantages de l'économie de ce remède en Italie sur la quinine seraient à peu près nuls ailleurs par la quantité énorme qu'il faut consommer de ce produit pour couper une simple fièvre. Si l'on ajoute qu'il n'est rien moins que sûr et exige souvent cinq à six jours pour être curatif, le sulfate de quinine aura sur lui tout à la fois l'avantage du bon marché, de la sécurité et de la rapidité d'action.

Fièvre intermittente nerveuse. A l'exemple de Graves, le docteur Cautel en admet une espèce particulière, qui serait l'apanage exclusif des femmes nerveuses. Il en a observé deux exemples chez de nouvelles accouchées, pour lesquelles le sulfate de quinine et le quinquina, administrés *intus et extra*, n'avaient produit aucun résultat. L'orthopnée lui en décela aussitôt la nature spéciale, et des pilules de belladone ayant été administrées, les accès cessèrent bientôt. (*Bull. de thér.*, sept)

L'apparition fréquente d'accès intermittents à la suite de l'accouchement et des phlegmasies aiguës est si bien constatée, reconnue aujourd'hui en dehors de toute infection paludéenne, que l'on ne saurait nier qu'ils apparaissent spécialement chez les femmes nerveuses. On les observe aussi comme prodrome de la phthisie, de la tuberculose, alors qu'aucun signe physique ne révèle encore celle-ci. Mais tous cèdent plus ou moins facilement au sulfate de quinine; ceux-ci seuls feraient exception, et c'est là précisément ce qui fait naître quelques doutes sur leur nature spéciale. En raison même des antispasmodiques qui leur conviennent spécialement, l'attention des praticiens doit donc être tenue en éveil à cet égard.

FISTULES. *Nouvelles recherches sur l'emploi de la liqueur de Villate en thérapeutique chirurgicale*, par le docteur Notta. Brochure grand in-8°, extrait de l'*Union médicale*.

En relatant de nouveaux succès de cette mixture, dont la

formule a déjà été donnée (voy. *année* 1864), surtout dans la carie et les fistules consécutives aux abcès froids, obtenus, soit par lui, soit par M. Nélaton, l'auteur a provoqué des contradictions puissantes par la présentation de ce travail à la *Société de chirurgie.* MM. Houel et Labbé en ont obtenu les meilleurs résultats, sans avoir vu jamais d'accident ni même d'inconvénient résulter de son emploi. M. Desormeaux surtout, qui en fait usage depuis quatre ans, trouve que c'est la meilleure médication pour les fistules ou ulcères fistuleux, entretenus par des caries ou des nécroses osseuses à marche lente, chronique, torpide. Elle est, dans ces cas, beaucoup préférable aux injections iodées, qu'il faut réserver pour le traitement des vastes foyers de suppuration, contre lesquels l'iode jouit d'une efficacité et d'une supériorité réelles.

Au contraire, MM. Legouest, Chassaignac, Boinet, Le Fort et Laborie l'accusent de déterminer des douleurs excessives, insupportables, des phénomènes d'irritation, d'inflammation très-graves, le tout pour des résultats médiocres et le plus souvent nuls. M. Legouest l'accuse formellement de produire des accidents d'empoisonnement par suite de l'absorption des substances toxiques qu'elle contient. Un malade, à sa connaissance, est mort des suites d'une intoxication déterminée, incontestablement, par la liqueur de Villate injectée dans une plaie fistuleuse. Enfin, MM. Follin et Verneuil ont employé la liqueur de Villate avec des résultats tantôt bons, tantôt mauvais, et trouvent que les injections de ce liquide provoquent de vives douleurs; le premier n'a jamais vu survenir d'accidents; le second a été témoin de l'apparition d'un phlegmon assez grave, qui s'est terminé toutefois par la guérison. (*Soc. de chir.*, mai.)

Il y aurait donc lieu tout au moins, devant ces déclarations, à ne recourir qu'avec prudence à cette mixture et à la diluer suivant l'excitabilité des malades et l'irritation des tissus. Son succès est sans doute dans l'opportunité et son mode d'emploi.

C'est ainsi que M. Notta insiste sur son emploi exclusif dans les cas extrêmement chroniques, et alors que les autres moyens ont échoué. La substitution que font souvent les pharmaciens du vinaigre de bois ou acide pyroligneux au vinaigre de vin blanc, qui doit servir exclusivement de véhicule à cette liqueur, lui communique aussi une causticité beaucoup plus grande et plus difficilement supportée par les malades, auxquels elle cause des douleurs plus vives. Mais il est facile de reconnaître

cette substitution. Avec l'acide pyroligneux, la liqueur, une fois reposée, a une coloration bleue ; elle est vorte, au contraire, avec un reflet bleuâtre, suivant sa composition normalo. Cette distinction est donc capitale ; car c'est probablement pour s'être servi de la liqueur de Villate, préparée avec l'acide pyroligneux, que plusieurs chirurgiens l'accusent de déterminer des douleurs excessives et des phénomènes d'irritation et d'inflammation très-graves. Préparée normalement, elle permet d'être tolérée et supportée le plus souvent ; il est très-exceptionnel de voir les malades la refuser absolument, ainsi qu'il le confirme par de nouvelles observations. (*Union méd.*, nos 138 et 139.)

Fistules branchiales. Trois cas rapportés par M. Serres (d'Alais), sont donnés comme des exemples de *fistules pharyngiennes bilatérales*. Elles étaient congénitales et symétriques sur les côtés du cou, au niveau des angles de la mâchoire inférieure, avec un aspect analogue à celui des points lacrymaux communiquant avec le pharynx. Un mucus clair et filant comme de la salive s'en écoulait. Dans un cas, quelques injections légèrement caustiques suffirent à les oblitérer rapidement.

Malgré ce siége insolite, M. Broca les considère comme le résultat d'un arrêt de développement, ou le vestige de la fente branchiale existant chez le fœtus, qui s'observent ordinairement à la partie antérieure du cou. M. Verneuil en a également observé un cas à l'hôpital Beaujon ; mais ce pertuis fistuleux existait d'un seul côté. (*Soc. de chir.*, janvier.)

Ce seraient donc là tout simplement des exemples de *fistules branchiales* dues à l'arrêt de développement et la persistance des fentes branchiales, dont Heusinger relate deux nouveaux cas chez des filles de quinze et de sept ans. Il les décrit comme une espèce nouvelle, avec les caractères suivants :

Ouverture externe placée, 40 fois sur 56, dans la région sterno-claviculaire, parfois plus haut, rarement plus bas. L'orifice interne, démontré deux fois par Neuhofer, existait derrière les grandes cornes do l'hyoïde, dans la paroi latérale du pharynx ; canal tapissé par une muqueuse fournissant une sécrétion claire, filante, parfois abondante et pouvant faire croire à des fistules salivaires. La muqueuse rougit et la sécrétion augmente lors de la menstruation avec sensibilité et excitabilité vives de l'orifice externe.

Sur 46 individus atteints de ces fistules, elles étaient hérédi-

taires chez 17 : 10 fois elles étaient doubles, 36 fois simples, soit 56 fistules dont 15 seulement avec une ouverture interne et externe. Or dans cette statistique, 44 cas ont été observés en Allemagne, ce qui montre, à l'appui de l'interprétation de MM. Broca et Verneuil, qu'elles sont souvent méconnues ailleurs et prises, comme celles de M. Serre, pour des fistules du pharynx ou de l'œsophage (*Arch. de Virchow* et *Gaz. méd.*, n° 24). Il y a donc lieu, à l'avenir, d'y portor la plus sérieuse attention.

Fistule lacrymale. L'épiphora cesse-t-il réellement après la cautérisation? M. Desmarres l'admet ainsi que Vidal de Cassis par exemple. D'autros le nient et combattent cette opération comme antiphysiologique. M. Estor fils, de Montpellier, cherche à en expliquer le mécanisme, car, soumise aux lois ordinaires de la physiologie, la cessation de cette sécrétion des larmes doit être expliquée pour être admise. Considérant que le méat inférieur est toujours en contact avec l'air extérieur et soumis à un courant d'air continu, il se demande comment le liquide des glandules chargées de le lubrifier y suffit. Et, en présence du larmoiement considérable que la moindre irritation de ce méat amène par le tabac, le savon ou d'autres excitants, il ne doute pas que les glandes lacrymales n'y suppléent par une action réflexe.

Il a fait à cet égard plusieurs expériences, démontrant que cette sensibilité de la muqueuse s'émousse, s'affaiblit, diminue à la suite de la cautérisation. Ainsi, le tabac, le frottement, n'amenaient ni larmoiement, ni sensation dans la narine du côté opéré, tandis que c'était le contraire du côté sain. Il a vu aussi une épistaxis habituelle cesser du côté opéré par la cautérisation et continuer dans l'autre narine. Il a constaté en outre que l'intensité de l'épiphora était d'ailleurs en rapport avec cette sensibilité de la muqueuse, et que là où elle était complétement abolie, celui-là était nul. D'où il conclut : 1° les larmes servent à la lubrifaction non-seulement de la face antérieure du globe de l'œil, mais aussi de la muqueuse du méat inférieur.

2° Au moment où se produit l'oblitération des voies lacrymales, la muqueuse provoque la sécrétion qui lui manque et l'épiphora est abondant.

3° Privée de l'utile concours des larmes, la muqueuse du

méat inférieur se dessèche, s'atrophie et finit par perdre la propriété d'exciter l'action des glandes lacrymales : c'est à cette dernière circonstance qu'est due la cessation de l'épiphora.

4° La méthode de la cautérisation pour le traitement de la fistule lacrymale n'est donc pas une pratique antiphysiologique ; il est, au contraire, facile d'expliquer tous ses succès. (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, n° 1.)

Modification au procédé de M. Foltz. Pour éviter une plaie extérieure, surtout chez les femmes, M. Giraud-Teulon a eu recours à la perforation de l'unguis avec l'emporte-pièce de M. Foltz (voy. *année* 1865), en pénétrant dans le sac lacrymal par sa face conjonctivale, entre la caroncule en arrière et le tendon de l'orbiculaire en avant, après avoir réuni dans une incision commune les deux conduits lacrymaux et leur sphincter commun. Un exemple cité à l'appui de cette modification, à la Société médicale de Paris, a très-bien réussi. (*Gaz. des hôp.*, n° 91)

Spéculum porte-caustique. Pour la destruction du sac par la cautérisation avec la pâte de Canquoin, qu'il trouve le plus sûr des caustiques employés, le docteur Delgado a imaginé un *spéculum porte-caustique*, composé de trois branches, entre lesquelles on place la pâte caustique. On l'introduit fermé et, en en écartant les valves au moyen d'un ressort, on cautérise la partie inférieure du sac, immédiatement sous le tendon de l'orbiculaire, ce qu'il considère comme d'une importance capitale pour le succès. Après l'enlèvement de l'eschare, il maintient le fond de la plaie propre, jusqu'à cicatrisation au moyen d'injections avec une solution de sulfate de zinc, et en y plaçant des boulettes de charpie imbibées de ce liquide. (*Ann. d'oculist.*, mai et et juin.)

Dilatateur lacrymal. Très-souvent, le larmoiement n'est dû qu'à un simple rétrécissement des points lacrymaux, tandis que les canaux ainsi que le canal nasal sont complétement sains. M. Galezowski a fait construire un dilatateur à extrémité très-fine, pouvant être introduit et laissé dans le point rétréci ; ce qui peut remédier au mal mieux que les incisions que l'on est dans l'habitude de pratiquer. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Clou dilatateur permanent. Complétant le procédé de M. Desgranges de Lyon, M. Delore place à demeure un clou recourbé en U, avec une branche plus courte que l'autre, qu'il introduit à

l'aide de la sonde cannelée dans l'ouverture faite à l'os unguis et l'autre dans le canal nasal, étant placé à cheval sur la cloison osseuse. L'avantage sur la canule serait une dilatation permanente ; mais le seul fait où cet instrument ait été employé est loin d'être concluant, puisque la guérison n'était pas complète. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 14.)

Fistules de la cornée. Voy. Ophthalmologie.

Fistule vésico-vaginale. Dans l'observation remarquable et étendue qu'en rapporte M. Labat de Bordeaux, l'occlusion fut obtenue par dédoublement des lèvres de la fistule, et la guérison s'ensuivit le vingtième jour. Outre l'exposé de ce procédé, l'auteur examine, discute les analogies et les différences qu'il a avec les précédents et, sous ce rapport, il fournit un document utile à consulter. (*Journ. de méd. de Bord.*, février.)

Trois modifications sont proposées par M. Gaillard de Poitiers. Dans l'avivement d'abord, regardé comme le temps le plus laborieux par le danger pour les chirurgiens d'enlever une trop grande épaisseur des parties ou de laisser des îlots. L'épithélium traumatique s'opposant à la réunion, il a un moyen simple d'y obvier. Par l'éloignement de la plaie et la couleur rouge que lui donne le sang des parties déjà avivées, la difficulté est de les distinguer de celles qui ont encore leur épithélium. Or, la fistule étant en vue, videz la vessie avec une sonde; essuyez exactement la solution de continuité; introduisez dans l'orifice et le trajet de la fistule un crayon de nitrate d'argent qui en atteindra exactement les contours; faites aussitôt une injection d'eau salée par la fistule, immédiatement toutes les parties touchées par le nitrate d'argent, et qui doivent comprendre les points sur lesquels doit porter l'avivement, prendront une couleur d'un blanc d'argent très-apparent. A l'aide de ce guide, il sera facile d'exciser toutes les parties nécessaires.

Il supprime les plaques et les boutons de plomb parce que plus l'appareil est compliqué, plus l'opération est longue et douloureuse pour la malade ; plus il y a de corps étrangers dans le vagin et plus facilement les tissus sont irrités et ulcérés. Les plaques métalliques étant roides, ne peuvent manquer de fatiguer la muqueuse. Au lieu d'être une surface plane, la paroi du vagin sur laquelle on applique ces plaques présente des courbures très-variées. Transversalement, c'est une voûte surbaissée, à son milieu, dans le sens de l'axe, c'est un plafond

mobile, convexe, oblique en avant, qui s'abaisse pendant qu'on fait la suture, et se relève aussitôt qu'on ôte le spéculum. Ajoutons que la suture à points séparés s'adapte merveilleusement à cette configuration inégale et aux mouvements de la paroi vésico-vaginale et cette suppression sera bien justifiée.

La difficulté réelle, lorsqu'on passe un nombre considérable de fils au moment de la suture, à les séparer les uns des autres, a fait imaginer à M. de la Mardière de les marquer séparément pour les distinguer. Adoptant et complétant cette idée, M. Gaillard s'est procuré des grains de verroterie, colorés diversement, suivant les nuances du spectre solaire, de sorte qu'au fur et à mesure de la suture, le premier fil de la suture est marqué par deux grains rouges, le second fil par deux grains orangés, le troisième par deux jaunes, jusqu'au huitième, qui reçoit des grains blancs, toujours dans l'ordre des couleurs de l'arc-en-ciel. Les huit fils étant ainsi marqués à chaque bout, il devient extrêmement facile, en suivant l'ordre inverse, blanc, violet, indigo, bleu, vert, jaune, orange et rouge, de reconnaître et de tordre les fils avec la pince de Charrière, suivant le procédé de Mittauer ; tous ces fils réunis en faisceau sont coupés à 3 centimètres en dehors de la vulve, pour ne pas irriter le vagin.

L'opération si laborieuse de la fistule vésico-vaginale ne peut manquer d'être simplifiée par ces ingénieux procédés, qui ont été employés avec le plus grand succès pour l'extraction des pierres de la vessie. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Fistule vésico-intestinale. *Colotomie.* L'opération d'Amussat est en si grand honneur en Angleterre, que ses applications tendent chaque jour à s'étendre. Préconisée par M. Curling contre les rétrécissements cancéreux du rectum, sinon pour guérir cette affection, au moins pour soulager le patient et prolonger sa vie d'une manière supportable en diminuant, arrêtant l'intensité du mal comme nous en avons rapporté des exemples (voy. *année* 1864), cette opération vient d'être exécutée par M. Holmes dans un cas de communication de l'intestin avec la vessie, dans le but de prévenir les accidents pouvant résulter de cette fistule et même d'en favoriser l'occlusion spontanée. Depuis huit mois, l'opéré se porte bien et, sans que la fistule soit fermée, elle semble avoir au moins diminué. (*Royal med. and surg. Society*, mars.)

C'est là, dit M. Verneuil, une application neuve et ingénieuse.

Opération essentiellement réparatrice, elle appartient à l'ordre de ces anaplasties *indirectes* intéressant les organes sains pour soulager ou guérir les organes lésés inaccessibles à la main du chirurgien. Caractérisée par la création d'une voie artificielle et la dérivation des *excreta*, elle se range à côté de l'anus artificiel, de la ponction vésicale ou utérine, de certaines variétés de la boutonnière uréthrale, etc.; elle laisse même espérer une guérison radicale de la lésion primitive, si l'orifice de communication entre la vessie et l'intestin n'est pas définitivement constitué par la soudure des deux muqueuses voisines. Après avoir acquis la conviction de la cure spontanée de la fistule vésico-intestinale, on pourrait même supprimer l'anus lombaire, dont la mission serait terminée. En prévenant la formation probable et possible d'un calcul vésical, l'opération susdite remplit encore une indication d'ailleurs tout à fait spéciale et non moins importante, l'écoulement de l'urine dans l'intestin. Ne serait-il pas logique, par conséquent, de soutirer en même temps l'urine ou d'empêcher au moins son accumulation dans la vessie, et cela, à l'aide de la sonde à demeure maintenue pendant quelques jours? La chirurgie peut donc enregistrer un nouveau triomphe et, abstraction faite du résultat, la conception est aussi heureuse et aussi bien combinée que possible. (*Gaz. hebd.*, n° 17.)

Fistule anale. *Sonde à demeure.* Quoique le traumatisme distingue ce cas des fistules spontanées, il mérite de fixer l'attention pour le traitement de celles-ci. L'usage de la sonde à demeure pourrait du moins être tenté conjointement avec la cautérisation du trajet fistuleux. Il semble que ces deux moyens doivent s'allier parfaitement.

Un homme de trente ans fut admis à l'hôpital général de Madrid, le 10 mars dernier, avec une plaie récente et pénétrante de 3 à 4 centimètres d'étendue, à 7 centimètres environ à droite de l'anus. L'issue des matières fécales par cette plaie et du sang par l'anus indiquait leur communication. Une péritonite partielle en fut la conséquence; mais celle-ci guérie, les pansements simples de la plaie fistuleuse ne suffisant pas à en déterminer l'occlusion, et des matières fécales s'échappant sans cesse par cette ouverture, le docteur Blanco eut l'idée d'introduire dans le rectum, jusqu'au-dessus de l'ouverture interne de la plaie, un tube cylindrique de gomme de 3 centimètres de diamètre. On en devine le but. Il fut, en effet,

atteint. Les matières fécales s'engagèrent complétement par ce tube sans fluer entre ses parois et celles de l'intestin. La cicatrisation de la fistule s'opéra dès lors, quoique lentement, et la guérison fut ainsi complète sans opération. (*La Clinica*, avril.)

M. Brémond (de Bordeaux) avait déjà essayé de placer une canule à chemise avec de la charpie dans l'intervalle pour comprimer les parois de l'intestin. Une canule fermée introduite dans la première, servait de bouchon. M. Colombe, en imitant ce procédé sans ce dernier bouchon, a vu une invagination de la muqueuse rectale se former dans la canule à demeure. L'idée du chirurgien espagnol n'est donc pas nouvelle; l'exécution seule est différente de ce qui s'est fait préalablement.

FOIE. Suivant le professeur Salisbury, toutes les subdivisions artérielles se terminent d'après l'un de ces quatre modes: 1° en glandules tubulaires suivies de simples capillaires; 2° en glandules tubulaires suivies de corps sphériques ovales; 3° en corpuscules de Malpighi, dont la membrane interne se subdivise en capillaires radiés; 4° en capillaires directs sans glandules tubulaires. (*Amer. Journ. of med. scienc.*, avril.)

Foie gras. Sur 222 autopsies faites sur des enfants, dont 131 avaient de un à quatre ans, MM. Steiner et Neureuter ont rencontré 188 fois l'infiltration graisseuse du foie et 34 fois une véritable dégénérescence graisseuse. Parmi les altérations anatomo-pathologiques coïncidentes, la plus fréquente est la tuberculisation non des poumons, mais des ganglions lymphatiques, ce qui exclut l'idée que l'altération du foie dépend du défaut d'oxydationdes principes hydro-carbonés. Ils pensent, au contraire, avec Frerichs, que la cause en est dans l'état du sang modifié sous l'influence de la tuberculose, dont l'état gras du foie ne serait que la conséquence.

Vient ensuite l'entérite considérée comme cause et qui leur semble se développer simultanément; puis les exanthèmes paraissant sous l'influence de l'état général du sang. Des maladies des os, comme la carie tuberculeuse, s'observent aussi, même chez des enfants n'ayant pas fait usage d'huile de foie de morue depuis un an ; ce qui montre que ce n'est pas là la cause, comme on l'a supposé, do l'infiltration graisseuse. Enfin, on la rencontre avec la bronchite, la pneumonie, la pleuro-pneumonie et les maladies du cœur. (*Wiener mediz. Wochenschr.*, décembre 1865.) Voy. Glycogénie.

Kystes hydatiques. *Injections vermifuges.* M. Pavy a tenté avec succès l'injection d'une solution d'extrait de fougère mâle dans une tumeur hydatique du foie sur une malade de son service. Après la ponction et l'extraction d'un liquide riche en chlorure de sodium, avec de nombreux crochets d'échinocoques, il injecta le liquide suivant :

℞ Extrait mou purifié de fougère mâle.	2	grammes.
Liqueur de potasse facilitant la solution.	2	—
Eau distillée.	25	—

Mêlez.

Une légère douleur momentanée en résulta, puis des vomissements, de la diarrhée, un peu de fièvre, mais sans trace de péritonite. Quatre jours après, la matité était moins étendue, le volume de la tumeur diminua considérablement et devint plus difficile à circonscrire. Enfin la malade sortit de l'hôpital au vingt-troisième jour, n'éprouvant plus aucun malaise. Revue six mois après, elle continuait à jouir d'une bonne santé, et à la place de la tumeur on percevait une simple induration dans l'hypochondre droit. (*Royal med. and surg. Society*, juin.)

Si cette expérimentation unique ne répond pas du succès de celles qui pourront suivre, elle encourage du moins à la renouveler. L'emploi direct et topique d'un vermicide en pareil cas est tout rationnel, et ainsi préparée, cette solution paraît non-seulement tuer les acéphalocystes, mais en prévenir la reproduction en favorisant l'absorption du liquide. Elle est donc préférable à tant d'autres.

FRACTURES. *Bandage au silicate de potasse.* Employé et vanté par le professeur Schuh, qui lui trouve l'avantage de la simplicité et de la rapidité de préparation. Il suffit de bandes de toile, de calicot, sinon de papier non collé, enduites de la solution de silicate basique de potasse, et roulées autour du membre fracturé. La dessiccation est complète après cinq à six heures, et présente une parfaite solidité. Son bon marché et la facilité de le défaire à l'aide de l'eau chaude complètent ces avantages. (*Allgem. Wiener med. Zeitschr.* 1865.) Voy. IMMOBILISATION.

Fracture du larynx. *Trachéotomie.* En faisant un violent effort pour lancer un bâton, un homme de trente-deux ans trébuche et tombe en avant, le cou portant avec violence sur une souche d'arbre. Immédiatement il éprouve une extrême difficulté à respirer, et sent son cou tuméfié en y portant la main.

Appelé douze heures après, le docteur Maclean le trouve sur son lit, soutenu par des oreillers, ne pouvant ni parler ni avaler. Salive sanglante s'écoulant de la bouche, anxiété extrême, respiration pénible, stertoreuse. Un emphysème considérable envahit la face, le cou, la tête et la partie supérieure du thorax. Pouls faible, extrémités froides. Une crépitation très-distincte de celle de l'emphysème rendait manifeste la fracture de l'os hyoïde. Après quelques jours d'amélioration, la respiration s'embarrassa de nouveau. L'examen laryngoscopique montra l'œdème de la glotte. La trachéotomie pratiquée pour conjurer une suffocation imminente fit disparaître rapidement les accidents, et quelques jours après la canule fut enlevée sans que la suffocation reparût. (*Canada med. Journal*)

Fracture du maxillaire supérieur. Diagnostic. Le défaut très-fréquent de déplacement des fragments et l'absence de signes caractéristiques en résultant est une cause, suivant M. A. Guérin, que cette fracture qu'il considère comme fréquente est le plus souvent méconnue. Un signe nouveau, pathognomonique destiné à y suppléer, est indiqué par ce chirurgien : c'est une douleur très-vive à la pression, au niveau de l'aileron interne des apophyses ptérygoïdes ; signe précieux, indispensable quand le déplacement n'existe pas, et sans lequel il est impossible de la constater, la fracture des os palatins et celle de la cloison ne pouvant être d'un grand secours à cet effet. C'est ainsi qu'une demi-douzaine d'observations avec enfoncement, complications, en sont seulement enregistrées dans les annales de la science ; toutes les autres ont été méconnues. L'étude en est par suite restée fort imparfaite.

La plupart, suivant l'auteur, se font transversalement au-dessous de l'apophyse malaire, et vont de l'orifice des fosses nasales à l'apophyse ptérygoïde, fracturée elle-même dans le plus grand nombre des cas, en raison de leur solidarité avec les os maxillaires dont elles sont pour ainsi dire l'arc-boutant ; de telle sorte que tout effort exercé d'avant en arrière sur la partie antérieure du maxillaire supérieur doit tendre à les fracturer. C'est ainsi que des expériences sur le cadavre, faites par son interne, ont complétement justifié cette prévision. Une pièce d'anatomie pathologique, provenant d'un individu n'ayant présenté qu'une mobilité très-peu appréciable des fragments, mais avec la douleur pathognomonique, donne d'ailleurs

une grande valeur à co nouveau signe, et une observation clinique le justifie complétement. Sur l'un de ses blessés, M. Guérin ne trouva d'abord que cette douleur, sans mobilité notable des maxillaires, mais les accidents inflammatoires calmés, il reconnut très-manifestement la mobilité de l'extrémité inférieure de l'apophyse ptérygoïdo. (*Acad. de méd.*, février, et *Arch. de méd.* juillet.)

Fracture double de la clavicule. Ce fait se produisant spontanément est si rare, que Malgaigne n'en cite que six exemples. Au point de vue de la sémiologie et du traitement, celui-ci, observé par M. Foucher à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, n° 20, offre un grand intérêt pratique.

Le 7 mai, un maçon de trente-huit ans qui venait d'être écrasé sous un plafond est apporté dans le coma, *respiration difficile*, paraissant souffrir à la compression du thorax. Le lendemain, il y avait *géne de la respiration* sans crachement de sang. Les deux clavicules furent trouvées fracturées à la partie moyenne, avec déplacement et mobilité à droite ; chevauchement à gauche. Côtes intactes. Jusqu'au 1er juin, ce blessé fut placé dans la position horizontale, avec deux mouchoirs triangulaires seulement soutenant les coudes.

Le 13 juin, le blessé partait pour Vincennes sans grande déformation des clavicules, sinon à gauche où le col était volumineux et irrégulier; les mouvements des bras étaient libres, sans douleur, sinon en soulevant des fardeaux. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, août.)

Fracture bicondylienne de l'humérus. DIAGNOSTIC. Pour la seconde fois, M. le professeur Fleury en a constaté le signe caractéristique suivant : Sur un homme tombé sur le coude d'un lieu élevé et amené dans son service clinique, il constata manifestement la crépitation en saisissant l'extrémité inférieure de l'avant-bras tendu, et en lui imprimant des mouvements de rotation ; mais lorsque, voulant en déterminer le siége, prenant d'une main l'extrémité inférieure de l'humérus par les deux condyles et saisissant de l'autre le corps de l'os, il chercha à reproduire la crépitation, il lui était impossible de la percevoir. L'expérience comparative, faite plusieurs fois, donna toujours le même résultat.

L'autopsie révéla la cause du phénomène, comme le montre

la pièce soumise à l'examen de la Société. Les deux condyles de l'humérus sont séparés chacun du corps de l'os par un trait oblique, de telle sorte que l'extrémité de la diaphyse pénètre à la manière d'un coin entre les tubérosités condyliennes éclatées. Il en résulte que, lorsque, sur le vivant, la main du chirurgien saisissait le bras par ses extrémités condyliennes, cette pression devait nécessairement les rapprocher et, en les rapprochant, immobiliser le fragment supérieur saisi entre elles comme dans un étau ou entre les mors d'une pince. De là, par l'immobilisation des fragments, l'impossibilité de déterminer le phénomène de la crépitation. Ce signe devait être, au contraire, on ne peut plus manifeste lorsque, au lieu de saisir l'extrémité inférieure de l'humérus par les condyles, on agissait sur l'extrémité inférieure du levier formé par l'avant-bras, en lui imprimant des mouvements de rotation qui mettaient en jeu les fragments de l'humérus et les faisaient frotter l'un contre l'autre.

Ce phénomène ne se produirait pas si, au lieu d'être séparé par deux traits obliques entre lesquels pénètre la diaphyse, les deux condyles étaient divisés l'un de l'autre par un trait vertical tombant sur une solution de continuité transversale de la diaphyse. Dans ce cas, la disposition signalée par M. Fleury n'existant pas ne saurait donner lieu à la production du signe dont la première relation paraît appartenir au chirurgien de Clermont-Ferrand, sinon que M. Giraldès déclare l'avoir démontré depuis longtemps, dans ses leçons cliniques inédites de l'hôpital des Enfants. Sa réalité et son importance cliniques sont donc ainsi doublement établies par deux chirurgiens également compétents. (*Soc. de chir.*, octobre.)

Fractures du rachis. *Trépanation.* Un nouveau succès en a été relaté à la *Royal med. and surg. Society*, le 28 novembre dernier. Il s'agissait d'un homme de trente ans, frappé de paraplégie immédiate à la suite d'une chute de cheval survenue le 27 mars 1865. Entré à l'hôpital de Whitworth avec incontinence d'urine et déplacement d'une des dernières vertèbres, M. Gordon pratiqua la trépanation le 3 juin, à la demande pressante du blessé. L'amélioration se manifesta dès le quatrième jour, par l'acidité de l'urine qui était alcaline, purulente auparavant. La sensibilité reparut et ensuite la motilité. Au bout de deux mois, le malade put se lever, et, lors de sa pré-

sentation, il pouvait retenir ses fèces, ses urines, et se tenir assis à son aise, mais sans pouvoir rester debout ni marcher, quoique sa santé fût excellente.

. Contrairement aux résultats des 26 cas de cette opération, analysés par M. Felizet l'année dernière, dans un mémoire rempli d'enseignements (*Arch. de méd.*, novembre.), M. Gordon conclut du fait précédent que l'on doit se hâter de pratiquer la trépanation aussitôt après l'accident, pour ne pas donner à la moelle le temps de subir des changements de structure et ne pas laisser les muscles s'atrophier. Il conseille aussi de ne pas se borner à reséquer l'arc d'une seule vertèbre, le danger ajouté à l'opération en en reséquant plusieurs étant au-dessous du bénéfice qu'on y trouve pour faire cesser la compression de la moelle. La règle nous semble ici consister surtout à ne reséquer que les parties comprimantes, une, si une seule est fracturée ou luxée, aussi bien que deux ou plusieurs.

Peu en honneur en France, et rejetée par la plupart des chirurgiens, cette opération, qui compte aujourd'hui 8 succès sur 28 cas, en y comprenant ceux dont il s'agit ici, ne peut manquer de fixer l'attention. M. le docteur Tillaux se déclare en sa faveur et, malgré l'insuccès qu'il a éprouvé dans un premier essai à l'hospice de Bicêtre, sur un jeune carrier de de vingt et un ans, par suite d'une myélite ascendante, il ne comprend pas que l'on reste simple spectateur lorsqu'un homme jeune, vigoureux, présente une fracture évidente, palpable, avec paraplégie, de la colonne vertébrale. Les conséquences inévitables de cette lésion, lorsqu'elles ne sont pas mortelles, étant souvent pires, surtout pour l'ouvrier, par l'incapacité de travail, de locomotion et les souffrances continues, les infirmités qu'elles entraînent, comme il en donne des exemples, font admettre en principe cette grave opération. C'est donc à en étudier les indications et les contre-indications qu'il y a lieu de se livrer, et, après examen, voici les conditions qui semblent autoriser M. Tillaux à y recourir, sinon immédiatement, du moins après que toute crainte d'inflammation traumatique a disparu, c'est-à-dire trois à quatre semaines :

1° Si la paraplégie est incomplète;

2° Si, la paralysie du mouvement étant complète, le blessé a conservé la sensibilité au toucher ou à la douleur;

3° Si, au lieu de rester stationnaires, les phénomènes paralytiques vont en diminuant;

4° Si la moelle a conservé son pouvoir réflexe;

5° Si l'électrisation, pratiquée quelques semaines après l'accident, détermine encore des contractions musculaires.

La constatation des résultats opposés, en faisant redouter la destruction ou la section de la moelle, sera une contre-indication formelle de la trépanation. (*Bull. de thér.*, mars.)

C'est surtout sur le manuel opératoire et ses difficultés que M. Mac Dowel a insisté dans ses nouvelles considérations sur ce sujet. Il se sert d'un *retractor* métallique pour écarter les lèvres de la plaie et faciliter l'action du trépan. La séméiologie de 26 cas n'a pu lui indiquer le siége précis de la fracture à défaut des signes physiques. (*Dubl. quarterl. Journ.*, août.)

Fractures de la rotule. Se guidant sur le bandage d'A. Cooper, M. Marit remplace les tours circulaires par des lacs en fil munis de boucles. En exerçant des tractions que l'on gradue à volonté sur ces deux pièces très-solides, on obtient facilement une exacte coaptation des fragments dans les fractures transversales. Les liens longitudinaux qui réunissent ceux-ci de chaque côté de la rotule préviennent le mouvement de bascule des fragments et, au besoin, on peut en ajouter un troisième placé antérieurement. On peut en faire autant pour les fractures longitudinales. Des exemples de succès sont fournis à l'appui. (*Recueil. de méd. et chir. milit.*, avril.)

La compression résultant de ces lacs ne gêne-t-elle pas la circulation, et ne diminue-t-elle pas ainsi la valeur de ce nouveau bandage?

FROID. *Appareils de caoutchouc.* M. le docteur Clauzure a imaginé, pour son application sur toutes les parties du corps, des espèces de cavités closes de caoutchouc qui s'adaptent aux membres comme au tronc. Des ballons de différents calibres sont employés dans l'intérieur des organes comme l'utérus, la vessie, le rectum, etc. Une sonde à double courant, adaptée à ces nouveaux instruments, sert à faire pénétrer l'eau, à la faire sortir et à la renouveler dès qu'elle s'est échauffée, ou même à établir un courant continu. On a ainsi les avantages du froid sans le contact immédiat de l'eau ni de l'air, et tous les dangers et les inconvénients qui en sont la conséquence. (*Union méd.*, n° 88.) — Voy. Choléra, Fièvre typhoïde.

Traité du froid, de son action et de son emploi *intus et*

extra, par le docteur la Corbière. Un volume in-8°. 2e édition.

FURONCLE. Son développement au niveau des bourses séreuses sous-cutanées doit être surveillé attentivement, car il peut donner lieu au phlegmon diffus, long, grave, et à l'hygroma phlegmoneux par la propagation de l'inflammation comme M. Verneuil en rapporte deux exemples au coude et au genou. Les tentatives répétées pour faire sortir le pus, le bourbillon, provoquent encore cette extension du mal. Le meilleur préventif serait donc d'ouvrir très-superficiellement de bonne heure ces collections purulentes. (*Gaz. hebd.*, n° 15.)

G

GALE. D'après les expériences comparatives faites par les chefs du service de santé de l'armée prussienne, sur le moyen le plus sûr et le plus économique de détruire l'acarus, le styrax devrait avoir la préférence sur tous les autres, mélangé à la dose de 30 grammes avec moitié d'huile d'olive, et employé ainsi en frictions sur toute la surface cutanée moins la tête; deux frictions suffisent pour tuer l'acare en vingt-quatre heures, sans aucune irritation de la peau. (*Berlin. klin. Woch.*) Sous ce dernier rapport, en effet, il doit être préférable à l'huile de pétrole, de térébenthine et tous ces agents irritants, vantés dans ces dernières années. Reste à savoir s'il est aussi sûr.

GALVANO-CAUSTIQUE. *Couteau à chaleur graduée.* Cet instrument dû à M. E. de Seré, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes, a une lame de platine qui s'échauffe à 1500 degrés de chaleur, par le passage d'un courant galvanique produit par une pile de Grenet.

Le platine étant un métal mou, cette lame n'a pas de tranchant qui lui soit propre; mais elle en acquiert un excellent au moyen du feu électrique, qui lui communique instantanément avec un fulgurant éclat une trempe spéciale, car la lame redevient mousse dès que la chaleur disparaît. A 1500 degrés, au rouge blanc éclatant prêt à fondre, les tissus coupés net restent

béants, le sang en sort à plein canal. Ce couteau à lame fixe est hémorrhagique.

Gradué de 1500 à 600 degrés, sa chaleur augmente ou diminue en allongeant ou en raccourcissant la portion de platine comprise dans le circuit : la lame ardente passe ainsi par tous les tons de l'échelle lumineuse calorifique, depuis le rouge blanc éclatant qu'on obtient à 1500 degrés jusqu'au rouge sombre à 600 degrés.

Par la graduation, cet instrument réunit la section hémorrhagique, à 1500 degrés ; la section hémostatique, à 600 degrés ; les sections et cautérisations graduées, à tous les degrés intermédiaires.

On peut le graduer hors du manche et dans le manche.

Hors du manche, il est à lame mobile : un bouton isolant pousse la lame graduée hors du manche, d'où elle sort en glissant sur une échelle de graduation de platine placée dans le manche.

Dans le manche, il est à lame fixe : un bouton mobile en métal très-bon conducteur déplace son point de contact en glissant sur une échelle de graduation en platine placée dans le manche.

M. Demarquay, qui a pratiqué plusieurs ablations de tumeurs avec ce couteau, a été frappé de la facilité incroyable, effrayante avec laquelle il pénètre les tissus. On pourrait, si l'on n'était prévenu, dit-il, être exposé à de graves accidents. (*Soc. de chir.*)

Galvano-caustique chimique. C'est sous ce nom que M. Ciniselli persiste à appeler cette nouvelle méthode de réduction chimique des tumeurs, exécutée et introduite en France, sous celui d'*électrolytie*, par M. Nélaton qui la donnait comme sienne (voy. année 1864). En publiant de nouvelles guérisons de polypes et de tumeurs diverses pour cette méthode, l'ingénieux chirurgien italien s'en montre véritablement le créateur, et met sa découverte à l'abri de toute contestation. (*Gaz. méd.*, n° 12 et suiv.) — Voy. ANÉVRYSME.

GANGRÈNE. ÉTIOLOGIE. Une forme spéciale ressort de l'observation rapportée par le docteur Grainger Stewart, d'un cordonnier, qui dès l'âge de dix-huit à vingt ans, avait été atteint à Charleston d'une affection extrêmement douloureuse des orteils qui en fit tomber les ongles. Cette douleur ressemblait

plutôt à une sensation de brûlure qu'à une douleur névralgique, sans que rien ne pût l'expliquer ; elle s'aggrava considérablement ensuite sous l'influence de l'ergotisme et des conditions antihygiéniques de la guerre d'Espagne en 1835. Plusieurs phalanges des orteils tombèrent en gangrène. Soumis vingt ans plus tard à de nouvelles conditions antihygiéniques, les douleurs spéciales reparurent avec chute consécutive de nouveaux fragments d'orteils. Puis enfin, quatre mois après, ces accidents apparurent aux mains. Une sensation d'engourdissement se manifesta, surtout dans les deux derniers doigts de la main gauche qui, forts douloureux, froids, secs, décolorés, n'en étaient pas moins sensibles. Plus tard, quoique la santé générale fût bonne, les mouvements de ces deux doigts diminuèrent ; ils étaient fléchis, la peau était comme tendue sur les tissus sous-jacents sans ses plis naturels, d'un aspect luisant, soit avec une pâleur cadavérique, soit un rouge noirâtre foncé. Ongles incurvés, détachés en partie de leur matrice et du dos de la phalange ; ils recouvraient dans quelques points une matière puriforme desséchée.

Exempt d'affection du cœur, ce malade ne présentait pas d'arc sénile ni aucun signe d'altération athéromateuse des artères. Aucune modification pathologique du pouls ni d'altération du sang. Avec des alternatives de mieux et de pire, ce malade, entré à l'infirmerie royale d'Edimbourg, se plaignait au mois de janvier 1866 d'une douleur intense, presque incessante, qu'il compare à une brulûre remontant par le trajet du nerf cubital, jusqu'au coude et même à l'épaule. Elle s'est donc beaucoup étendue, bien que l'état des doigts reste stationnaire, et la diminution de la sensibilité dans le trajet du nerf cubital font penser à l'auteur que cette forme de gangrène spéciale est due à une affection des nerfs. (*Medic. Press and Circular*, janvier.)

Le docteur le Duc raconte qu'ayant reséqué la phalangette du petit orteil gauche chez un vieillard de soixante-dix ans le 11 novembre, il vit succomber son malade le 14, à une gangrène sèche due à l'embolie du membre opposé. Avertissement pour ne pas opérer à la légère, en pareil cas, sans encourir une grave responsabilité.

Ligature artérielle contre la gangrène des membres. Ce n'est jamais sans crainte de gangrène que le chirurgien procède à la

ligature principale d'un membre, quel que soit l'accident qui la réclame, à moins d'être la gangrène elle-même. Par une espèce d'effet homœopathique, elle aurait, au contraire, une influence thérapeutique très-marquée non-seulement sur la tuméfaction, l'engorgement et la suppuration de mauvaise nature dans les plaies des membres, mais contre la gangrène elle-même suivant le docteur Wright. Il cherche du moins à le démontrer par cinq observations relatées dans le *Richmond med. Journal*, et dans les six cas rapportés par le docteur Campbell, où la ligature fut pratiquée pour cause d'hémorrhagie. Aussitôt après on vit uniformément l'affaissement de la tuméfaction, une suppuration louable et de vigoureuses granulations remplacer le phagédénisme gangréneux, résultant de la séparation rapide des tissus mortifiés. Son effet fut si marqué sur la surface gangrenée, dit-il, que la question s'élève sérieusement de savoir si la ligature n'est pas expressément indiquée contre ce mal hideux. A défaut de pouvoir la résoudre par les faits qu'il rapporte, c'est à l'observation ultérieure d'en décider, maintenant que l'attention clinique est appelée sur cet important sujet.

Dipsacus sylvestris (cardère ou chardon à foulon). Comme antiseptique, M. Beullard l'assimile au quinquina, au camphre. Après avoir reséqué les parties mortifiées, gangrenées, des plaies contuses et par armes à feu, et lotionné leur surface avec l'eau chlorurée, il les recouvre exactement des feuilles hachées et pilées de cette plante, ou à leur défaut de son extrait aqueux étendu sur des linges fenêtrés ou bien de charpie imbibée d'une solution concentrée. Le pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures.

Sous son influence, la plaie se modifierait rapidement, et se changerait en vingt-quatre ou quarante-huit heures en plaie simple. (*Acad. des sc.*, septembre.) C'est donc un moyen à expérimenter par les praticiens des campagnes surtout.

Gangrène pulmonaire. Elle se manifesta chez un aliéné furieux, de la clinique de Pavie, non-seulement par l'haleine pathognomonique, mais une odeur gangréneuse de l'urine ayant une densité de 1025 à 1026 et comme de l'encre, avec des cristaux de l'urine. Un abcès gangréneux enté sur une tuberculisation pulmonaire générale ayant été vérifié à l'autopsie, le docteur Lombroso se demande s'il n'y a pas là un

nouveau signe de la gangrène pulmonaire, quand les autres font défaut ou sont obscurs, douteux. (*Riv. clinica de Bologna.*)

Gangrène sénile. *Hydrochlorate d'ammoniaque.* Chez une dame de quatre-vingt-trois ans, des douleurs intolérables se déclarèrent tout à coup dans le pied droit, sans aucune trace d'inflammation capable d'en rendre compte, et résistant à des cataplasmes laudanisés. Le lendemain, M. Ch. Gru constata une teinte générale bleu noirâtre, s'arrêtant à l'articulation tibio-tarsienne, où un liséré rose indiquait, d'une manière bien tranchée, la ligne de démarcation entre la partie saine et la partie malade. Douleurs plus vives dans le deuxième et le troisième orteil, sans que rien indiquât extérieurement cette différence. Pied complétement froid, quoique la malade y accusât un feu dévorant.

Malgré l'ingestion d'un gramme d'extrait gommeux d'opium, de 5 grammes de laudanum, sans compter la quantité employée à non moins haute dose extérieurement, les douleurs persistaient plus violentes; elles arrachaient des cris à la malade, dont les traits altérés, la face livide, annonçaient une mort imminente.

C'est alors que M. Gru pensa à l'hydrochlorate d'ammoniaque, qui lui avait réussi dans certains engorgements inflammatoires, espérant qu'il pourrait — la gangrène admise par coagulation du sang dans les capillaires — liquéfier le coagulum et rétablir la circulation. Le pied malade fut donc plongé dans un pédiluve avec 250 grammes de ce sel, et après deux heures d'immersion, un soulagement notable s'opéra. Des fomentations avec la même solution succédèrent sans relâche, car la douleur reparaissait dès que la compresse était enlevée. La nuit suivante fut bonne, la chaleur et la coloration normales revinrent insensiblement sous l'action de ce topique.

La preuve incontestable de l'exactitude du diagnostic porté, c'est la chute consécutive du deuxième orteil, laissant une plaie semblable à une cerise noire privée de pellicule. Pansée au quinquina, elle guérit cependant. Mais un an après, les mêmes signes précurseurs de la gangrène reparurent au même endroit, et furent suivis d'une phlyctène noirâtre, au milieu du bord externe du pied, recouvrant une plaque gangréneuse des couches superficielles de la peau. Or, le chlorhydrate d'ammoniaque, employé d'emblée *intùs* et *extra*, triompha im-

médiatement de ces accidents. Son efficacité sédative des douleurs de la gangrène sénile n'est donc pas douteuse. (*Bull. méd. de l'Aisne*, n° 3.)

Gangrène diabétique. Plusieurs des espèces précédentes, la dernière surtout, mériteraient peut-être d'être rangées sous ce titre. L'examen de l'urine est indispensable pour prouver le contraire depuis que M. Marchal (de Calvi) a montré que le diabète en était la cause dans plusieurs cas où elle n'était même pas soupçonnée. Cette cause est beaucoup plus fréquente que l'on ne croit d'après le témoignage de maint observateur digne de foi. M. Verneuil en a ainsi observé une série de six cas, soit en ville, soit à l'hôpital, dans un intervalle de trois mois, de juillet à septembre 1866. Dans quatre cas, il s'agissait de gangrène des pieds, une fois dans l'aine et d'un anthrax du dos. Or l'analyse des urines ayant démontré dans tous ces cas la présence d'une grande quantité de glycose, il s'agissait de résoudre immédiatement par la pratique la question de savoir s'il faut opérer, amputer les individus notoirement diabétiques, que l'opération soit recommandée par une lésion traumatique, l'écrasement d'un membre ou une lésion locale dépendante du diabète, comme la gangrène des extrémités.

Pour sa part, M. Verneuil est disposé à répondre négativement, car chez quatre de ses malades les eschares ont donné lieu à des hémorrhagies abondantes, difficiles à réprimer, soit spontanées, soit provoquées par des incisions. En affaiblissant les malades, ces pertes de sang influent très-défavorablement sur la maladie. Dans trois cas précédents de phlegmon gangréneux et d'ulcération gangréneuse pour lesquels il pratiqua l'amputation, il a vu la gangrène se reproduire dans les lambeaux ou dans le moignon et les opérés ont succombé. Le cas analogue de M. le docteur Musset fait seul exception. L'existence du diabète doit donc tenir sa place dans la solution du problème des indications et des contre-indications de l'amputation dans la gangrène des extrémités.

Il ne saurait y avoir de doutes à cet égard pour MM. Legouest et Trélat. Il faut débarasser l'économie de matériaux qui peuvent l'infecter, en instituant un traitement général, sans plus redouter les hémorrhagies ni les conséquences fatales que l'infection putride, la résorption purulente, qui sont à craindre autrement. Il n'y a à s'enquérir de l'existence du diabète que

pour le combattre par un traitement spécial sans que l'existence de fusées purulentes, de décollements profonds, d'étranglements, d'accumulation de liquides en décomposition, etc., n'exige impérieusement l'intervention active du chirurgien.

Quant aux amputations, la règle à suivre dans la gangrène des extrémités, diabétique ou non, est celle d'attendre jusqu'à ce qu'elle se soit limitée, et d'agir dès qu'elle est arrêtée suivant la pratique généralement adoptée. (*Soc. de chir.*)

Pour la solution de cette dernière question, on ne saurait pourtant assimiler la gangrène spontanée à la gangrène diabétique qui ne se limite pas aussi facilement, et est toujours prête à récidiver, la cause qui la provoque et l'entretient existant toujours.

GASTROTOMIE. *Essai sur la gastrotomie* dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines, par Stanislas Caternault, docteur en médecine, précédé des observations relatives aux huit premières ablations de la matrice pratiquées par le professeur Kœberlé, de Strasbourg. In-4° de 131 pages.

GLYCOGÉNIE. *Nouvelle loi de sa formation.* Cette fonction importante du foie de faire du sucre n'a cessé d'être l'objet des études expérimentales des physiologistes depuis que M. Cl. Bernard en a fait la découverte. En démontrant qu'elle n'a jamais lieu dans l'état physiologique, et qu'elle est toujours le résultat de la mort ou d'une altération pathologique pendant la vie, M. Pavy (de Londres), suivi de MM. Meissner et Jaeger en Allemagne, Schiff et Hersen en Italie, a changé considérablement la portée de cette découverte. Restait à déterminer l'influence qui présidait à cette formation. Un ferment diastatique était soupçonné, lequel n'aurait agi sur l'inuline du foie que dans certaines conditions morbides, le *pourquoi* était inconnu. Par de nouvelles expériences, M. Schiff a démontré, en injectant la granulose ou le glycogène dans le sang des animaux, que ce ferment n'existe pas pendant la vie, et ne se développe que par le ralentissement, la stagnation, l'arrêt du sang en circulation. Il suffit, pour le démontrer, de suspendre la circulation dans un membre en liant en masse la cuisse d'un animal, de une demi-heure à une ou deux heures, pour voir apparaître le sucre dans l'urine. La ligature du bras chez l'homme poussée jusqu'à la paralysie complète du mouvement et de la

sensibilité de la main, a produit également une glycosurie, une demi-heure après l'enlèvement de la ligature, tandis qu'examinée avant, l'urine n'en indiquait pas de traces. Le ralentissement de la circulation, par la ligature des vaisseaux principaux d'un membre, suffit même à produire le ferment, la glycogénie et le diabète. C'est donc bien le ralentissement, la stagnation et l'arrêt du sang normal qui donnent lieu à la glycogénie, et ce fait est parfaitement conforme avec les bienfaits thérapeutiques de l'exercice, de la gymnastique, si bien mis en évidence par M. Bouchardat dans le diabète. En accélérant la circulation générale, ils diminuent la formation du ferment et la glycosurie en même temps.

Les effets de la piqûre diabétique s'expliquent de même, par la dilatation qu'elle détermine des petits vaisseaux de l'intestin et du foie, sorte d'expérience paralytique de ces organes. La non-formation du sucre chez des animaux malades, ou chez les grenouilles en hibernation, malgré cette piqûre, en est la contre-épreuve. La section d'un nerf vaso-moteur produit le même effet, comme toutes les hypérémies paralytiques faites artificiellement. Reste à savoir si le diabète consécutif à l'empoisonnement avec la strychnine, la morphine, la brucine, a lieu par le même mécanisme.

Ce n'est pas à dire que dans tous les cas où il y a stagnation de sang dans un organe important, la glycosurie doive se produire ; on sait que dans la plupart des maladies fébriles ou cachectiques, troublant la nutrition d'une manière intense, l'inuline hépatique manque. Le ferment existe, comme on peut s'en convaincre, en injectant de la granulose d'amidon ou une solution d'inuline hépatique ; c'est celle-ci qu'il transforme en sucre, qui fait défaut. (*Journ. de l'anatomie et de la physiol.*, n° 4.)

Des expériences sur l'huître et d'autres invertébrés ont démontré à M. Bizio, de Venise, la présence de la matière glycogène en proportion considérable dans le corps de ces animaux. Les huîtres en ont donné 9 1/2 pour 100, et le *cardium edule* jusqu'à 14 pour 100. Et telle est la rapidité avec laquelle cette matière donne lieu à la fermentation lactique, qu'elle prévient ainsi la putréfaction de ces mollusques. C'est donc là un fait remarquable, tellement que la durée proportionnelle de la conservation par cette fermentation lactique indique la quantité relative de glycogène dans le corps de ces invertébrés. (*Acad. des sciences*, mars.)

GOITRE. M. Maumené en attribue le développement aux fluoruros très-répandus dans les pays à goître. Ayant soumis une chienne à l'usage du fluoruro do potassium pendant cinq mois, il survint un gonflement général du cou, plus saillant en avant qu'en arrière, et, bien que l'épreuve ne soit pas concluante par la disparition du sujet de l'expérience, il n'en persiste pas moins dans son opinion. Suivant le docteur Saint-Lager, c'est à l'usage des eaux chargées de sulfate do fer qu'en serait due la production. (*Acad. des sc.*)

Goître congénital. Il peut être uno cause de dystocie chez le fœtus qui en est atteint, ainsi que ce fait, peut-être unique, s'est présenté le 7 août à la Charité do Lyon, sur une primiparo de vingt-quatre ans. Au centre même de l'orifice utérin dilaté se trouvait une masse globuleuse dont la forme, la surface, et la consistance, ne so rapportant à aucune partie normale du fœtus, laissait une grande indécision dans l'esprit de l'accoucheur. En arrière et un peu au-dessus de cette tumeur, on arrive à toucher l'épaule droite placée en deuxième position. Tumeur et épaule tendent à s'engager simultanément en se faisant réciproquement obstacle. L'accouchement terminé, heureusement pour la mère, par la version, montre un goître kystique uniloculairo gros comme un poing d'adulte, ovoïde, sans adhérences superficielles, occupant tout le côté droit de la région cervicale antérieure et faisant également saillie à gauche. La fluctuation est plus ou moins tranchée. Formé en effet de parois épaisses, charnues, cartilagineuses, il renfermait dans ses loges un liquide jaune citrin, liquide avec des amas de matière amorphe d'un blanc jaunâtre. (*Journ. de méd. de Lyon*, septembre.)

GOUDRON. La voguo croissante obtenue dans ces dernières années par co produit résineux en fait varier chaquo jour les préparations pharmacologiques pour en faciliter l'emploi thérapeutique. C'est ainsi que M. Guyot, pharmacien à Paris, en prépare en grand une liqueur concentrée et titrée, dont voici la formule :

℞	Goudron de Norwége.	10 kil.
	Eau	20 litres.
	Carbonate de soude.	1 kil.

Faites chauffer au bain-marie, dans un appareil distillatoire,

de manière à recueillir le principe volatil (la résinéone). Reprenez la partie non distillée, traitez-la par quantité suffisante d'eau, de manière à obtenir 40 litres de liquide ; laissez déposer la liqueur, décantez dans un tonneau. Réunissez la partie volatile obtenue dans la première période de l'opération, en ayant soin de brasser le tout pendant quelques instants et à plusieurs reprises ; laissez déposer pendant quelques jours et filtrez. On obtient ainsi une liqueur brune, foncée, contenant tous les principes actifs du goudron, débarrassé des huiles âcres et empyreumatiques, d'un goût très-aromatique, se mêlant parfaitement à l'eau, et donnant une eau goudronnée, ambrée, claire et limpide. Elle a, sur l'*eau de goudron ordinaire*, l'avantage précieux d'un dosage exact.

Ses proportions sont les suivantes :

Pour boisson : deux cuillerées à bouche de liqueur pour un litre d'eau, ou une cuillerée à café par verre.

Pour injection : une partie de liqueur pour quatre parties d'eau, soit un cinquième.

Pour lotion : parties égales de la liqueur et d'eau. La liqueur a même été employée pure dans le traitement de la teigne.

Solution titrée. Selon M. le professeur Jeannel (de Bordeaux), la formule précédente exige des manipulations qui, par leur complication, peuvent devenir nuisibles; et il propose la suivante, comme donnant du premier coup une émulsion de goudron de bois titrée à 1 pour 100, parfaitement stable, et contenant intégralement les éléments du goudron :

℞ Goudron de bois.	10	grammes.
Carbonate de soude cristallisé en poudre fine.	10	—
Eau commune.	1	litre.

Mêlez intimement le goudron et le carbonate sodique dans un mortier de porcelaine, introduisez le mélange avec l'eau dans un flacon de 2 litres de capacité ; agitez fortement pendant quelques minutes, le goudron ne tardera pas à s'émulsionner complétement ; filtrez. Le filtre ne retient que les impuretés grossières, mais pas un atome de substance résineuse.

5 grammes de cette émulsion mère, contenant 5 centigrammes de goudron mêlés à un litre d'eau, donnent un liquide louche assez facilement accepté par les malades. La dose peut

être doublée, portée à 20 grammes par litre et même plus loin sans difficulté.

L'émulsion à 1 pour 100 est très-active. Des morceaux de viande fraîche, du poids de 200 grammes, immergés pendant cinq minutes dans ce liquide et suspendus à l'air libre et au soleil, se sont desséchés sans avoir été attaqués par des larves de mouches et sans avoir montré aucune tendance à la putréfaction. Au bout de quinze jours, ils étaient devenus durs comme du bois, et ils avaient à peine une légère odeur de fumée. Il résulte de là que l'émulsion à 1 pour 100 peut-être employée avec grand avantage comme désinfectant; plus étendue d'eau, elle pourra servir au pansement et au lavage des plaies, aux irrigations continues, à l'injection des trajets fistuleux, etc. Elle pourra être prescrite en gargarisme dans les stomatites ulcéreuses, et en lotions ou en bains dans les affections cutanées. (*Répert. de pharm.*)

Sirop titré. A l'aide de cette émulsion, M. Jeannel prépare un sirop de la manière suivante :

℞ Goudron de bois.	10 grammes.
Carbonate de soude cristallisé en poudre fine.	10 —
Mêlez intimement et ajoutez :	
Eau.	1 litre.

L'émulsion ainsi opérée par l'agitation dans une bouteille, on filtre, puis on fait dissoudre deux fois le poids de sucre blanc, en agitant jusqu'à dissolution, et l'on filtre au papier. Une cuillerée à bouche de ce sirop contient au moins 2 litres d'eau de goudron ordinaire. (*Journ. de méd. de Bord.*, juin et juillet.)

Goudronnière. Sous le nom d'*émanateur hygiénique*, M. Sax, le célèbre fabricant d'instruments à vent, a imaginé un appareil simple et portatif destiné à faciliter l'évaporation et l'inhalation du goudron par les émanations qui, en s'en dégageant, se répandent dans les chambres, les appartements où cette boîte est déposée. Les voies respiratoires sont ainsi mises en contact direct et constant avec les vapeurs de goudron. C'est l'atmosphère artificielle des forêts de sapins transportée pour ainsi dire à domicile.

L'*émanateur* se compose d'une simple boîte métallique, de 0m,27 de largeur sur 0m,18 de hauteur et 0m,09 d'épaisseur, contenant du goudron de Norwége ou de bois. Au couvercle sont fixées six feuilles présentant douze surfaces, porcées de trous en étoiles, et séparées entre elles par un intervalle de plus d'un centimètre ; la boîte fermée, ces feuilles ou plaques plongent entièrement dans le goudron liquide.

A l'aide de deux branches ou coulisseaux glissant dans des rainures latérales, d'un ressort et d'un verrou, on peut élever le couvercle et le fixer à différents degrés de hauteur, selon la quantité d'émanations qu'on se propose d'obtenir. Un petit crochet d'arrêt, tournant sur son axe, vient à volonté contre la partie inférieure du verrou, s'opposer à ce qu'en levant le couvercle, les lames sortent complétement de la boîte et répandent le goudron. Les plaques imprégnées de goudron présentent ainsi une plus ou moins grande surface d'évaporation, dont le maximum, pour un appareil moyen, n'est pas moindre de 1 mètre carré. En peu d'instants l'air des appartements, colléges, bureaux, dortoirs, ateliers, magasins, hôpitaux, casernes, etc., est saturé de vapeurs goudronneuses, et il suffit, pour entretenir indéfiniment cet état hygiénique, de plonger à quelques heures d'intervalle les lames de l'appareil dans le goudron du vase.

Le goudron liquide, obéissant à son propre poids, descend le long des lames qui en ont été nouvellement revêtues; mais, à cause de sa nature adhérente et visqûeuse, il ne s'écoule qu'avec beaucoup de lenteur en se roulant en quelque sorte sur lui-même, ce qui entretient et renouvelle longtemps l'humidité des surfaces, et, par conséquent, alimente les sources de l'évaporation.

Cet ingénieux appareil, propre et commode, facile à placer et à transporter, dont il y a cinq modèles de grandeurs différentes, a des avantages trop évidents sur le vase, la soucoupe, ou l'assiette, pour être énumérés. Fermé, l'appareil ne laisse exhaler aucune odeur; ouvert, au contraire, il dégage des vapeurs en telle abondance que l'air en est immédiatement imprégné. Les malades qui ont de l'antipathie pour cette odeur résineuse peuvent ainsi l'inhaler à leur insu pendant leur sommeil.

GOUTTE. *Excrétion des urates.* En expérimentant chimiquement les sueurs d'un goutteux exposé dans un sudatorium, MM. de Martini et Ubaldini se sont assurés qu'elles ne conto-

naient pas trace des urates constituant les concrétions articulaires, ni localement ni dans les parties éloignées, tandis que les urines contenaient en abondance un sédiment d'urate de soude et d'acide urique, groupés en cristaux rhomboïdes. L'action thérapeutique de l'étuve humide est donc nulle, impuissante dans ce cas, confirmation de l'*attraction élective* de chaque glande pour les principes excrémentitiels que lui apporte le sang. (*Presse méd. belge*, n° 6.)

Eaux sulfureuses thermales. Selon M. Artigues, médecin principal de 1[re] classe, elles sont toujours formellement et sans exception contre-indiquées : 1° Pendant la durée de l'accès de goutte et même à une période très-rapprochée du dernier accès, ou trop voisine de l'accès futur que l'on peut prévoir.

2° Contre-indiquées et nuisibles dans tous les cas de goutte atonique franche, avec sursaturation et tendance à l'œdème et à l'hydropisie.

3° Elles servent de pierre de touche dans les cas douteux, pris pour des douleurs rhumatismales erratiques, en amenant des symptômes caractéristiques de la goutte, comme elles amènent à la peau tous les symptômes cutanés de la syphilis constitutionnelle latente.

4° Elles peuvent être très-utiles dans les cas de goutte chronique sans sursaturation goutteuse, sans tendance à l'œdème ; mais, dans ces cas, le traitement hydro-thermal doit être conduit avec une prudence extrême. Ainsi, les bains mitigés seront seuls prescrits, avec intermittences de repos, calculées sur la plus ou moins grande impressionnabilité du malade. Les douches doivent être, dans tous les cas, énergiquement proscrites. Quant à l'eau thermale en boisson, elle doit être proscrite à cause surtout de la substance azotée qu'elle contient.

5° Le traitement sulfureux est de même rejeté sans rémission dans tous les cas où le malade est, soit par des maladies antérieures, soit par sa constitution, prédisposé à une trop grande sensibilité, surtout du côté des muqueuses bronchiques et pulmonaires. Dans ce cas, en effet, l'excitation thermale se porte avec une sorte de prédilection sur le poumon et les bronches, et produit une métastase goutteuse des plus dangereuses.

6° Enfin, la même contre-indication existe dans le plus grand nombre des cas de goutte atonique, soit que cette atonicité soit

la conséquence d'une alcalinisation antérieure, ou de prédispositions particulières du malade, soit enfin qu'elle soit la conséquence naturelle de l'âge avancé.

7° L'entité morbide mal définie, qu'on appelle rhumatisme goutteux, lorsqu'elle emprunte ses caractères de gonflement douloureux, plutôt à l'élément rhumatique qu'à la diathèse goutteuse, est toujours très-heureusement influencée par les eaux sulfureuses à haute température, mais à sulfuration mitigée. (*Rev. de thérap. médico-chir.*)

GROSSESSE. Diagnostic. Se fondant sur ce que l'utérus ne peut être gravide sans augmenter de volume et offrir des modifications anatomiques et physiologiques spéciales, M. Mattei cherche à reconnaître la grossesse avant l'apparition des bruits cardiaques, c'est-à-dire le quatrième mois. Rien de mieux. Il a donc cherché et trouvé comme toujours, que jamais l'utérus ne se tient droit, que quatre fois sur cinq il est en antéversion, une seule en rétroversion. Basé sur ces positions, il a pu, à l'aide du palper abdominal et du toucher vaginal, soit seuls ou combinés, diagnostiquer très-souvent la grossesse dès la fin du premier mois, presque toujours à la fin du deuxième, toujours à la fin du troisième et pendant le quatrième, à moins de circonstances exceptionnelles très-rares. Dans l'antéversion par exemple, le fond de l'utérus est de niveau avec les pubis dès la fin du premier mois et même avant. La constatation est plus difficile et tardive dans le cas contraire. (*Acad. de méd.*, juin.)

Que ce diagnostic prématuré se soit rencontré juste dans un ou plusieurs cas, c'est possible ; mais on ne saurait, à l'aide de ces moyens, le poser comme règle. La hauteur de l'utérus imprégné étant de 7 centimètres, suivant Desormeaux, comme à l'état normal, la seule différence consisterait dans l'épaisseur égale à la hauteur dans le premier cas, et de 4 centimètres seulement dans le second. Ce serait donc 3 centimètres qu'il faudrait apprécier à travers les parois abdominales. En supposant la chose possible, où sera la preuve que cette augmentation d'épaisseur tienne à une grossesse ? Le difficile n'est pas de reconnaître l'augmentation de volume de l'utérus, c'est d'en savoir la cause. Chez certaines femmes, à l'époque des règles, l'utérus augmente beaucoup de volume, il peut même acquérir des dimensions doubles, et Cazeaux avouait qu'il avait cru, dans

quelques-uns de ces cas, à un commencement de gressesse. Il est certain que la gravidité imprime à l'utérus des modifications qui peurraient, mieux étudiées, être d'un réel secours pour reconnaître la grossesse pendant les premiers mois. Une de ces modifications a été indiquée par M. Depaul, dent il est facile de constater la justesse. Le segment pestérieur et inférieur de l'utérus se développe avant les autres pertiens de l'ergane. Il en résulte que si, par le teucher, cn centourne le col, la face pestérieure du cel paraît plus ceurte que la face antérieure, et que le deigt arrive tout de suite sur le cerps de l'utérus. Les autres causes qui peuvent augmenter le velume de l'utérus n'agissent pas sur ce point à l'exclusion des points veisins. Il y a denc là un élément précieux de diagnostic différentiel. (*Union méd.*, n 76.)

De la genèse et de la durée de la grossesse dans l'espèce humaine, par le docteur Avrard de la Rechelle. Cet epuscule tend à préciser, avec une exactitude presque mathématique, quand la fécondation est possible chez la femme, et à assigner une limite de temps dans le cycle mensuel à la faculté génésique. Ainsi, le cycle des fenctions génésiques est de vingt-huit jeurs, divisés en treis périodes appelées *ménorrhagique*, *génésique* et *hypnotique*. Entre la première et la seconde existe seuvent, sinen toujours, un temps indéterminé, appelé phase interpériedique. Cette deuxième période finit teujours le quatorzième jeur après le début de la première et l'auteur regarde cemme démentré par une expérience de quinze ans, et des milliers de faits avec épreuve et centre-épreuve, que la femme est physiolegiquement inféconde pendant les qualerze jeurs suivants, c'est-à-dire du quaterzième jeur à partir de l'apparitien des règles jusqu'à la fin de l'épeque suivante. La secende partie est consacrée à fixer le début, la durée et la terminaison de la gressesse.

Grossesse extra-utérine. En montrant une feis de plus qu'il ne faut agir, en pareil cas, que pressé par les accidents, comme tant d'exemples en font une lei, celui-ci est surtout prepre à convaincre les plus incrédules. Une cenditien lui manque peurtant et c'est la plus impertante : à saveir, de quelle espèce de grossesse extra-utérine il s'agit, car de là dépend surteut la conduite que deit tenir l'hemme de l'art.

Une bipare voit sa grossesse marcher régulièrement jusqu'au

sixième mois, puis les mouvements actifs du fœtus cessent spontanément ; tous les autres signes s'arrêtent. Le docteur Vandermaesen trouve alors une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme dans l'hypochondre droit, sans autre signe rationnel de grossesse. Dans le doute de la nature de cette tumeur, on s'abstint de tout traitement.

Un an après, nouvelle grossesse régulière et accouchement naturel à terme. Ce n'est qu'un mois ensuite que la tumeur devient douloureuse. Une petite ouverture, comme à l'emporte-pièce, était perçue au centre, sous la peau, par le toucher qui donnait issue à des gaz soulevant la peau. Le repos, des cataplasmes émollients, suffirent pour favoriser l'ouverture de la peau à 6 centimètres environ au-dessous de l'ombilic, le 14 mars 1866, avec issue d'une grande quantité de pus et de gaz très-fétides. Après exploration, des débris de fœtus étant reconnus, il suffit d'agrandir l'ouverture du kyste pour extraire un fœtus d'environ six mois, qui avait pu séjourner ainsi près de deux années dans l'organisme sans danger. Il n'y avait plus de communication avec l'utérus. Des injections détersives amenèrent promptement la guérison. (*Bull. de la Soc. méd. de Liége.*)

Fœticide. Dans un cas relaté à la *Société obstétricale de Londres*, par le docteur Hicks, aucune objection ne s'est élevée, alors que cette pratique semble comporter une réprobation générale, universelle. Le fœtus vivant était logé dans le cul-de-sac recto-vaginal du péritoine. Jugeant que son développement ultérieur serait une source de danger pour la femme, cet accoucheur tenta de le tuer au moyen de décharges électriques. Ayant échoué, il le traversa avec un trocart par le vagin, ce qui fut exécuté sans saignement. Les mouvements du fœtus cessèrent aussitôt, mais des vomissements survinrent et persistèrent avec violence; un collapsus y succéda le sixième jour et emporta la malade.

L'autopsie montra la rupture du kyste dans lequel le fœtus s'était primitivement formé, et la présence de l'œuf entier dans le cul-de-sac recto-vaginal où il avait continué à se développer. Le placenta était inséré à la partie postérieure de l'utérus. Décollé en partie, bien que la ponction n'eût pas intéressé cet organe, il en était résulté une hémorrhagie mortelle.

Si le fœticide préventif est justifié dans la grossesse extra-

utérine, encore faut-il distinguer les cas pour y recourir et attendre les indications d'agir. Sacrifier un embryon alors qu'aucun accident n'en faisait une loi pressante et le tuer de cette façon barbare, est une pratique condamnable et répréhensible. Quand le kyste est très-accessible, comme dans le cas précédent, ne pouvait-on pas, par exemple, attendre jusqu'à la viabilité, s'il eût été possible, en tentant l'extraction artificielle par le vagin? Autrement, il était plus scientifique de ponctionner les membranes et, au besoin, de pratiquer à l'intérieur des injections narcotiques pour empêcher le développement ultérieur du produit, comme cela paraît avoir été fait avec succès par le professeur Friedreich. (*Union méd.*)

Mémoire sur la grossesse extra-utérine, par M. Marinus, secrétaire annuel de l'Académie impériale de médecine de Belgique, brochure in-8°, Bruxelles. Compilation faite avec ordre et méthode, réunissant à peu près tout ce qui se trouve dit en cent endroits différents sur ce sujet, mais ne contenant rien de nouveau. C'est donc un bon memento et rien de plus.

Grossesse compliquée. Pour être plus précis que ses prédécesseurs, M. Guéniot la définit : une variété de grossesse utérine (pour la distinguer de l'extra-utérine), caractérisée par la présence réelle d'un fœtus (pour ne pas confondre avec la môle ou toute autre dégénérescence) et coincïdant avec une tumeur pathologique à évolution lente des cavités abdominale et pelvienne, ce qui en élimine toutes les tumeurs aiguës, rapides, comme le phlegmon, les thrombus, les hémorrhagies, les tumeurs formées par la vessie distendue, les matières fécales.

Les tumeurs en sont la complication la plus ordinaire. Bien que la fréquence n'en puisse être exactement établie, on peut dire qu'elle est très-rare. C'est ainsi que dans sa position spéciale d'interne ou de chef clinique, qui l'appelait à être témoin de ces cas spéciaux, M. Guéniot, sur environ 4000 grossesses et accouchements, n'a rencontré que 12 cas compliqués comme suit :

Corps fibreux de l'utérus.	4 cas.
Cancer du col utérin.	3 —
Kyste de l'ovaire.	2 —
Ascite.	2 —
Kyste hydatique de la cloison recto-vaginale. .	1 —

En thèse générale, on peut évaluer qu'il n'y a pas plus d'une grossesse compliquée sur 7 à 800.

Le plus souvent ces complications réagissent sur la marche de la grossesse dont elles abrégent le cours et entravent l'accouchement. L'œuf lui-même en est dangereusement influencé; le placenta subit les mêmes congestions que l'utérus; d'où des altérations, des décollements, des hémorrhagies; le fœtus aussi, gêné dans ses mouvements, se présente vicieusement. C'est donc toujours une chose grave et dangereuse que ces complications, comme les faits relatés par M. Guéniot en témoignent. (*Bull. de thérap.*, octobre.)

H

HÉLIOPROTHÈSE. Sous ce nom, M. Blanchet désigne une opération tendant à rendre la vue aux aveugles, dont le nerf optique et la rétine n'ont pas subi d'altérations profondes et qui ont conservé la faculté de perception. Elle consiste dans la ponction du centre du globe oculaire, avec le couteau lancéolaire ou un simple bistouri à lame droite, selon la largeur que l'on veut donner à l'incision. La sensibilité de la rétine est ainsi déterminée, ainsi que l'état des humeurs de l'œil. Si celles-ci sont translucides, on peut appliquer immédiatement le *phosphore*, appareil composé d'une coque d'émail et d'un tube fermé à ses deux extrémités par des verres de forme différente selon les cas, et ayant pour but essentiel de conduire les rayons lumineux sur la rétine. Ce tube étant bien proportionné au diamètre antéro-postérieur, afin de ne pas blesser cette membrane, la perception peut se rétablir dès qu'il est introduit où peu après. Dans le cas d'opacité du cristallin, il faut en faire préalablement l'extraction. S'il y a photophobie, on placera des verres teintés dans l'intérieur du tube. Il convient de ne le laisser graduellement en place que le temps variable, suivant les cas, de telle sorte qu'il n'occasionne pas de douleur. (*Acad. des sc.*, juin.)

HELMINTHOLOGIE. *Nouveau parasite de l'homme.* Chez un garçon de treize ans, d'une famille riche, bien nourri, bien soigné, constamment surveillé à la campagne par une mère attentive, des troubles gastriques se manifestent sans cause. Digestions mauvaises, coliques, diarrhées fréquentes, pâleur générale. Un jour il rend par l'anus, accompagnés de matières

fétides, une trentaine de vers blancs, bien vivants, et qui remuent pendant longtemps après leur expulsion. Soumis à l'examen de M. Lortet, ils présentent à ce savant helminthologiste les caractères d'une espèce nouvelle, du genre *Helophilus*, à laquelle il donne le nom d'*Helophilus horridus*, Lortet. C'est une larve longue de 5 à 6 centimètres, présentant une tête, un corps et une queue, à considérer d'après le dessin qu'il en donne.

La tête est arrondie, hémisphérique, sillonnée antéro-postérieurement, armée à la face antérieure de deux fortes défenses de 4 ou 5 millimètres de longueur, formées d'une substance cornée très-solide. A l'état de repos, elles peuvent s'appliquer contre le thorax de l'animal. La bouche présente une structure non moins insolite ; au lieu de mâchoires, elle n'est formée que d'une ouverture cartilagineuse, de laquelle on voit sortir un mamelon charnu qui paraît destiné à la succion.

Sept anneaux assez distincts, portant chacun à leur partie antérieure deux pieds charnus analogues aux fausses pattes de chenilles et garnis tout autour d'une simple rangée de crochets aigus, forment le corps. La présence de ces pieds différencie ces larves de celles de tous les autres diptères. Au point de réunion du corps avec la queue, se trouve une fente transversale assez semblable à un anus, fente par laquelle s'échappent plusieurs anses blanchâtres terminées en culs-de-sac, et ressemblant assez à des anses intestinales.

La queue est formée de deux parties très-distinctes : 1° d'un premier tube assez gros, formé d'anneaux presque cartilagineux et résistants, couverts de poils épineux, dirigés en avant ; 2° d'un second tube glissant à frottements dans le premier et pouvant acquérir une longueur de 8 à 10 centimètres. Ce second tube est perforé à son extrémité, où se voit un stigmate communiquant avec la trachée contenue dans la queue et servant à la respiration. La position normale de cet animal doit être celle des autres hélophiles. Pendant qu'il est occupé, la tête en bas, au fond des bourbiers, à dévorer des matières corrompues, la queue s'allonge et vient à la surface permettre à l'air de s'introduire dans les trachées qui servent aux fonctions respiratoires. On peut donc dire que cette singulière larve respire par son extrémité caudale.

Son corps tout entier, sauf le dernier tube de la queue, est

hérissé de poils très-solides et très-aigus, qui doivent singulièrement aider à son adhérence aux muqueuses du tube digestif. (*Journ. de méd. de Lyon*, janvier.)

HÉMATOCÈLE. *Décortication.* Proposée par le professeur Gosselin, elle n'a donné que de mauvais résultats à M. Demarquay. Une hémorrhagie a fait périr deux de ses opérés coup sur coup. M. Verneuil a eu le même accident à déplorer, ainsi que M. Panas. MM. Nélaton et Denonvilliers ne s'en louent pas trop et l'inventeur lui-même avoue plusieurs insuccès. C'est donc là une opération non seulement délicate, difficile, mais grave et des plus dangereuses. On comprend que la tunique vaginale n'ayant pu s'hypertrophier que par un accroissement considérable dans sa vascularisation, l'hémorrhagie en nappe, soit, en effet, le résultat ordinaire.

Aussi M. Demarquay s'en tient, après comme avant, à inciser tout simplement la tunique vaginale, à l'exemple de Blandin, et à bourrer l'intérieur de charpie. Huit à dix jours après, la fausse membrane se détache sous l'influence de la suppuration et les malades guérissent. Bien mieux que la dissection de la tunique vaginale, cette simple opération assure donc le succès. (*Soc. de chir.*, septembre.)

L'observation suivante, recueillie dans le service clinique de l'École de médecine de Toulouse, vient à l'appui de cette pratique. Un homme de soixante ans portant une tumeur scrotale du volume d'une grosse tête d'enfant, du côté droit et mesurant 45 centimètres dans sa circonférence transversale et 18 en hauteur, irréductible, fluctuante ; se présente pour être opéré. Un coup de pied de cheval reçu dans cette partie, il y a trente ans, un autre, il y a huit ans, paraissent en être l'origine. Des ponctions répétées ont constamment donné issue à du liquide sanguin. Une nouvelle contusion reçue en avril détermine son développement actuel. Le 4 mai, M. Estevenet n'ayant pas obtenu d'écoulement par la ponction, incise immédiatement la face antérieure dans une étendue de 3 centimètres et obtient un litre environ de liquide brun chocolat, mêlé de caillots sanguins anciens et récents. L'épaisseur des tuniques scrotales divisées est au moins de 3 centimètres formée par une couche jaunâtre comme de la lymphe plastique coagulée.

Malgré ces conditions défavorables, il s'établit une suppuration abondante, fétide, entraînant des caillots à chaque pan-

soment sans accidents de résorption purulento. A la sortie de l'opéré après un mois, il n'existait plus qu'une ouverture fistuleuse avec uno réduction de la tumeur à 29 centimètres de circonférence et 8 en hauteur (*Journal de méd. de Toulouse*, octobro). N'est-ce pas là une preuve concluante de l'inutilité do la décortication et du mal fondé de la théorie qui l'a inspirée?

HÉMIPLÉGIE. *Déviation des yeux*. Signalé seulement l'année dernière par M. Prévost, interne à la Salpêtrière, ce symptôme est confirmé par d'éminents observateurs anglais. Le docteur Humphry relate un cas de blessure du crâne suivi d'hémiplégie gauche où il l'a observé. « La face pâle, sans expression, avec perte partielle de connaissance et la *déviation des yeux à droite*, dit-il, indiquaient une altération profonde du cerveau. Néanmoins, la connaissance revint graduellement après vingt-quatre heures, et les yeux reprirent leur direction naturelle. » M. Lockhart-Clarke en a aussi été frappé dans une hémiplégie récente, et M. Hutchinson dans un cas d'arachnitis d'un hémisphère.

De même que pour la paralysie de l'*orbicularis palpebrarum*, M. Hughlings-Jackson attribue précisément à la durée temporaire de cette déviation de ne pas l'avoir encore observéo dans son service de l'hôpital des épileptiques et des paralysés, où ils n'arrivent qu'après une certaine durée de l'hémiplégie; et, devant les témoignages de son existence, il en fait un signe différentiel entre la paralysie et les convulsions unilatérales, comme l'expression de la paralysie des fonctions du corps strié dans la première et leur oxcitation dans les secondes. Il a vu ainsi les yeux tournés du côté convulsé dans certaines attaques épileptiformes.

Quoi qu'il en soit, le docteur Reynolds, médecin de cet hôpital, a observé cette déviation dans un cas d'hémiplégie chronique du côté gauche. Lo 28 février dernier, après un violent mal de tête, la malade présenta une déviation des pupilles à droite et ne pouvant être que difficilement ramenées à gauche, malgré ses efforts, sans que la paralysie ait augmenté. La bouche seule était plus déviéo. Mais, dès lo lendemain, tous les symptômes avaient augmenté, au point qu'une partie de l'iris était cachée à droite, le regard était fixé de ce côté et la tête légèrement inclinée. La mort survint quelques jours après. (*Lancet*, mars, n°s 11, 12 et 16.)

Ainsi vérifiée de part et d'autre, cette déviation acquiert une valeur sémiologique qui oblige d'en tenir compte, à l'avenir, dans les différents cas d'hémiplégie. Comme tant d'autres, ce fait montre combien un signe aussi évident et fréquent peut rester inaperçu de l'observateur, tant que son attention n'est pas directement appelée sur lui. Nul doute, en effet, qu'il n'ait été observé maintes fois, seulement on n'en avait pas relevé la signification spéciale. M. Gubler a ainsi très-positivement indiqué ce strabisme dans son second *Mémoire sur les paralysies alternes*, sans éveiller l'attention, parce qu'il cherchait à le rattacher à l'action du nerf moteur oculaire commun, et à le confondre ainsi avec le strabisme divergent. « Plusieurs faits pathologiques, dit-il, où l'on a rencontré simultanément un strabisme interne d'un côté et externe de l'autre, donnent déjà un certain degré de vraisemblance à cette vue ingénieuse, et je me demande si ces cas, assez peu rares, où les apoplectiques regardent toujours invariablement du même côté, ne pourraient rentrer dans cette catégorie (*Gaz. hebd.*, 1859.) Ce signe était donc connu; mais il restait à le généraliser, et c'est ce mérite que M. Prévost a eu.

Il reste toutefois à l'étudier dans ses formes diverses. Tandis qu'il était toujours apparu au début de l'attaque, et cessait ordinairement au bout de quelques jours, ce signe s'est montré à M. Prévost lui-même, quelques jours après l'attaque, en persistant plus que de coutume. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, entrée le 22 avril 1866, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adélaïde, n° 21, plongée dans une demi-stupeur, parlant à peine, atteinte d'une hémiplégie droite incomplète avec flaccidité; elle peut exécuter quelques mouvements des membres supérieur et inférieur droits. La sensibilité est très-obtuse dans les quatre membres, mais surtout du côté droit; pas de mouvements réflexes.

Les jours suivants, l'hémiplégie droite se prononce davantage.

Le 1er mai, les mouvements sont presque complétement abolis dans le côté droit; l'hémiplégie faciale, peu prononcée au début, est devenue manifeste; on constate de plus des mouvements réflexes assez prononcés quand on chatouille le membre inférieur droit.

L'affaiblissement de l'intelligence est plus prononcé qu'au début; la malade est devenue gâteuse et est toujours plongée dans une demi-stupeur.

Elle présente depuis lors une légère tendance à la déviation des yeux du côté gauche; la tête est un peu fléchie sur l'épaule gauche. — Température axillaire : 37° 1/5°.

Les jours suivants, la stupeur augmente encore; l'hémiplégie devient plus complète, et la déviation des yeux et de la tête, du côté gauche, se prononce davantage : la malade regarde constamment du côté gauche; les deux globes oculaires sont tous deux portés à gauche; la malade peut cependant les porter à droite, les iris dépassant alors un peu la ligne médiane des ouvertures palpébrales, sans atteindre cependant les commissures palpébrales du côté droit; et dès que l'on ne fixe plus son attention, la malade porte de nouveau les deux globes oculaires du côté gauche. La tête a, de plus, subi une demi-rotation à gauche sur le cou, et le menton est porté vers l'épaule gauche.

Les mouvements réflexes sont très-prononcés dans le membre inférieur droit.

Tel était encore l'état de la malade le 10 mai : depuis lors, la stupeur diminua, la malade recommença à parler, mais elle était devenue démente et avait une grande tendance aux pleurs et aux rires sans motifs. L'hémiplégie droite était devenue presque complète; la malade ne pouvait exécuter que quelques légers mouvements des doigts, et la déviation des yeux et de la tête persistait.

Le 18 mai, la déviation des yeux et la rotation de la tête existaient encore, quoique moins prononcées et moins constantes qu'au début; la malade poussait continuellement des gémissements qui dérangeaient les autres malades et qui obligèrent de la transférer à la Salpêtrière. (*Union méd.*, n° 64.)

C'est là une variété qui aidera peut-être à déceler la cause de ce phénomène morbide.

HÉMORRHAGIES. Hémorrhagies consécutives. Comme preuve du danger de laisser les vaisseaux d'un certain calibre sans contention hémostatique, M. le professeur Estevenet (de Toulouse) rapporte un cas d'arrachement du bras droit au tiers supérieur, avec fracture produite par une machine. La compression ayant simplement été appliquée avant l'arrivée du blessé à l'hôpital, et l'hémorrhagie ayant cessé, on se borna à enfoncer des tampons de charpie dans le fond de la plaie. Ce n'est que quatorze jours après l'accident, et alors que la cicatrisation de la plaie était en bonne voie que le caillot

obturateur ayant été sans doute ramolli et éliminé par l'abondance de la suppuration, du sang apparut au pansement ; saignement qui se renouvela et augmenta les jours suivants, au point que le chirurgien, dans l'impossibilité de découvrir le vaisseau béant par la plaie, fut obligé, au vingt-septième jour, de pratiquer la ligature de l'artère axillaire au-dessous de la clavicule. (*Bull. de la Soc. de méd. de Toulouse*, n° 1.) — Voy. Otorrhagie.

Hémorrhagie utérine. — Voy. Dystocie.

Hémoptysie. Un homme de vingt-huit ans entra, le 4 novembre, à l'hôpital de Brompton, dans le service du docteur Cotton, avec tous les signes d'une phthisie au troisième degré. De légères hémoptysies étaient survenues au début remontant à cinq mois ; mais, quelques jours après son admission, il en survint une très-abondante, de plus d'une demi-pinte, laquelle se renouvela, le 24 novembre, avec une telle intensité que le malade succomba bientôt.

L'autopsie confirma le diagnostic, en montrant plusieurs cavernes à droite et à gauche avec des débris de tubercule, mais sans dépôt sanguin, excepté dans une large caverne du lobe inférieur droit, où un petit caillot irrégulier, décoloré en partie, fut découvert. Son enlèvement laissa voir une petite saillie au fond de cette caverne qui, après examen, fut reconnue pour être un anévrysme d'une artère d'un calibre moyen : ce vaisseau était à nu, disséqué dans cette caverne dans une étendue de trois quarts de pouce, et s'était dilaté dans cette étendue bien que soutenu, supporté encore d'un côté par le tissu pulmonaire. Une constriction du vaisseau au milieu formait comme deux anévrysmes distincts, dont le plus volumineux était gros comme un pois. Il était sans caillot ni rupture ; mais l'autre était entouré et rempli d'un caillot adhérent et décoloré en partie. C'était évidemment la source de l'hémorrhagie fatale, une ouverture du vaisseau ayant été reconnue et vérifiée ensuite. (*Med. Times*, janvier.)

Il est donc arrivé, dans ce cas, qu'une petite branche de l'artère pulmonaire, traversant une caverne, au lieu de s'oblitérer, comme il arrive ordinairement, est restée perméable et s'est dilatée à défaut d'être soutenue, entourée de tissu pulmonaire. Un petit anévrysme est ainsi résulté, non-seulement du

défaut de support des parois du vaisseau, mais de la dégénérescence du tissu qui l'entourait. C'est un mode de production de l'hémoptysie assez rare et curieux pour être signalé.

Hématinoptysie. Variété de l'hémoptysie ainsi nommée par M. le professeur Lebert, de Breslau, en raison de la composition du sang renfermant des cristaux d'hématoïdine en aiguilles et en prismes rhomboïdaux. C'est ainsi qu'il en rapporte un exemple observé à l'hôpital des Cliniques sur un homme de quarante-deux ans, épuisé par les excès, admis le 4 janvier 1866 pour une pleurésie double bientôt suivie d'épanchement. Le 29, survient une expectoration très-abondante, en partie d'un rouge clair, en partie de la couleur rouille ou d'ocre, offrant une odeur fade et nauséabonde, expectoration qui continue les jours suivants et s'élève jusqu'à 500 et même 1000 grammes, filante, muqueuse, écumeuse, couleur de rouille, avec des stries d'un brun rougeâtre. A l'œil nu, la coloration diffère de celle du sang dans la pneumonie et la pneumorrhagie ; elle est plus jaune, tirant sur l'orange ou le brun. Au microscope, il n'y a aucune cellule de sang, mais à côté d'innombrables cellules de pus se voient un grand nombre de cristaux d'hématoïdine, de matière colorante du sang, soit des cristaux d'un beau rouge en forme de prismes rhomboïdaux, soit en forme d'aiguilles, isolés ou réunis en faisceaux, et les aiguilles avec leurs faisceaux combinés de toutes les façons avec les prismes, qui, au total, existent en bien plus petit nombre que les gerbes d'aiguilles cristallines. On trouve en outre des grains ou des corpuscules amorphes très-petits ou un peu plus volumineux, d'une matière colorante bleue, qui n'est pas rare dans les hémorrhagies.

C'est donc là simplement un épanchement purulent, existant depuis plusieurs semaines, dans lequel du sang se trouvait mêlé et se faisant jour à travers les bronches, comme il n'est pas rare de le voir. Le même fait se rencontre parfois dans l'épanchement ascitique et même dans la galactorrhée chronique, comme deux faits en sont cités à l'appui. Aussi, le savant anatomo-pathologiste n'y voit-il qu'un épiphénomène spécial dont il est juste de tenir compte dans la symptomatologie, mais sans qu'il y ait lieu à créer une espèce morbide spéciale. (*Gaz. méd.*, n° 43.)

HÉMORRHOIDES. *Arsenic.* Vanté contre les hémorrha-

gies atoniques par Lecocq, ce médicament héroïque a paru agir indirectement chez un malade du docteur Parvin, qui faisait usage de la solution de Fowler, contre l'asthme dont il était atteint. Après une semaine d'emploi, ses hémorrhoïdes traitées successivement par la ligature, l'acide nitrique, l'incision et l'excision, en éprouvèrent une telle amélioration, qu'il en continua l'usage pour ce fait seul et avec le plus grand succès. Il ne souffrait plus de cette infirmité qu'après des écarts de régime, et il lui suffisait alors de prendre pendant quelques jours huit gouttes de cette liqueur le matin, à midi et le soir, pour faire disparaître les accidents. (*Cincinnati Journ. of med.*)

Si l'action est réelle, on peut la rapporter à la contraction des vaisseaux que, suivant M. Handfield Jones, ce médicament exerce; mais ce sont deux faits à étudier et à confirmer.

Leçons sur les hémorrhoïdes, par L. Gosselin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, etc. Un vol. in-8°. Résumé détaillé de son traitement par la cautérisation nitrique.

HERNIE. *Réduction par l'anesthésie locale.* Cette nouvelle application a eu lieu en Angleterre, où la méthode du docteur Richardson jouit d'une si grande vogue, qu'elle est appliquée à peu près à toute la chirurgie. C'est ainsi que, chez un garçon de ferme de trente-cinq ans, atteint d'une hernie inguinale qui s'étrangla à la suite d'un effort, dans le courant de septembre, M. le docteur Wallan, n'ayant pu la réduire après plusieurs tentatives de taxis, réclama l'assistance du docteur Barclay.

De nouveaux essais de taxis n'ayant pas eu plus de succès que les premiers, l'opération paraissait devoir être bientôt la dernière ressource, quand l'idée vint à M. Barclay, avant de recourir à l'instrument tranchant, de voir si, par la réfrigération de la partie avec l'éther vaporisé, on n'obtiendrait pas le résultat dû plus d'une fois à l'emploi de la glace. Le malade fut immédiatement placé sur le dos, la tête et les épaules basses, le siége relevé avec une chaise renversée de manière à favoriser, par la position, l'effet qu'on désirait obtenir; puis, avec l'appareil pulvérisateur de Richardson, on lança, à petite distance, de la vapeur d'éther sur la tumeur, jusqu'à ce que, au bout de quarante secondes environ, on vit la peau pâlir. A ce moment, le taxis, opéré sans effort, suffit pour amener la réduction. (*British med. Journ.*, octobre.)

Des lésions de l'intestin dans les hernies. Thèse inaugurale, par le docteur Nicaise, ancien interne des hôpitaux. Paris, un volume in-8° de 117 pages, avec planches; librairie *Germer Baillière.* Loin d'être un simple résumé des lésions classiques et bien connues de l'intestin, c'est à rechercher la manière dont elles se produisent, leur siége précis, leur étiologie que l'auteur s'est appliqué. Une vaste érudition et les extraits de trente-deux observations cliniques, invoquées comme preuves, font de ce travail un précis utile à consulter.

Hernie crurale. Siége. Contrairement à l'opinion exclusive, absolue, émise par Malgaigne et adoptée par plusieurs chirurgiens, que l'*anneau crural n'est jamais l'agent de l'étranglement*, M. Jarjavay démontra dans un cas, qu'en divisant une certaine épaisseur du ligament de Gimbernat, la hernie se réduisait immédiatement. La cause de l'erreur de Malgaigne est de ce qu'il se fondait sur ce fait, que sur un homme bien constitué, toutes les parties étant en repos, l'ouverture de l'anneau crural n'était que de 3 centimètres, bien qu'en écartant le *fascia iliaca* en dehors, chose très-facile, elle allait à 5 centimètres (*Manuel de méd. opérat.*, 1861, p. 598). Selon M. Jarjavay, son tort a été certainement de raisonner en présence d'un état pathologique d'après des données fournies par l'examen d'un état physiologique. Il est clair qu'en étudiant l'anneau crural chez un homme sain, bien constitué, n'ayant pas de hernie, on peut conclure avec Malgaigne qu'un orifice dilatable, atteignant au besoin 5 centimètres de largeur, doit être très-rarement l'agent de l'étranglement herniaire. Mais que l'on examine le même anneau sur un sujet portant depuis plusieurs années une hernie, les mesures indiquées par Malgaigne ne seront plus les mêmes. Il s'est fait dans les tissus qui circonscrivent l'anneau, sous l'influence d'une subinflammation persistante, des modifications dont il importe de tenir compte. Le tissu cellulaire s'est converti en tissu fibreux; des brides organisées ont pu transformer en anneau circulaire l'anneau triangulaire normal, et devenir des agents imprévus d'étranglement comme peut l'être dans d'autres cas le ligament de Gimbernat.

Voilà pourquoi, loin de déclarer avec Malgaigne que *jamais l'anneau crural n'est l'agent de l'étranglement*, il faut admettre en principe, du moins pour les hernies crurales anciennes,

pour celles qui nécessitaient l'usage d'un bandage, que l'étranglement a pour siége l'anneau crural et que c'est sur cet anneau que doit porter le débridement simple ou multiple qui permettra la réduction des parties herniées. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

Étranglement double. Constaté par M. Fouché, à l'hôpital Saint-Antoine, sur une femme. Le taxis ayant été inutile, la kélotomie montra une anse intestinale non perforée; un étranglement très-serré fut levé, l'anse réduite avec quelque peine et quelque résistance, en attirant l'anse intestinale pour l'examiner. Malgré des selles abondantes avec les lavements, les accidents persistèrent, la douleur était vive avec vomissements fécaloïdes.

A l'autopsie, tout le bout supérieur de l'intestin était plein de gaz et de liquides; l'anse intestinale de la hernie complétement étranglée dans la cavité abdominale même. En arrière de l'arcade crurale et au-dessous d'elle, était une cavité séreuse, sorte de poche diverticulaire séparée de la grande cavité par une portion rétrécie à bords indurés. En l'examinant avec soin, il était facile de reconnaître là un collet de hernie remonté dans l'abdomen et un sac herniaire, situé au-dessous; la pièce disséquée avec soin montrait bien une hernie crurale; c'était donc sur un second collet situé au-dessous du premier que le débridement avait porté. Un sac à deux collets doit être très-rare dans une hernie crurale; on peut se livrer à plusieurs suppositions sur son mode de formation, on peut aussi se demander par lequel des deux collets l'anse avait été primitivement étranglée. Quoi qu'il en soit, le fait porte un enseignement. Il fallait débrider au point inférieur et cela a été fait; mais il fallait aussi débrider au point supérieur; peut-être était-il trop profondément situé pour être atteint, mais en tout cas, une seule manœuvre eût pu faire reconnaître ce second étranglement, celle qui consiste à attirer un peu d'intestin de l'abdomen avant de réduire. Cette pratique, usitée autrefois, a été blâmée surtout par Malgaigne; elle ne doit pas être aussi absolument rejetée. Si donc, en maniant l'intestin on sentait ainsi quelque résistance, ce serait le cas ou jamais de l'appliquer, car on peut avoir affaire sinon à un cas semblable, du moins analogue. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, mars.)

Hernie diaphragmatique. *De la hernie diaphragmatique congénitale*, par le docteur Duguet, avec deux planches, soixante-dix observations forment la base des divisions et des subdivisions de cette monographie complète sur ce sujet. La fréquence supérieure de la hernie sans cesse en croissant est ainsi démontrée statistiquement et mise hors de doute.

Hernie inguinale. *Méthode de Wood.* Sur 20 cas qui y ont été soumis par le professeur Cheover de Boston (voy. année 1864) et dont il présente le tableau, il y a eu 3 succès et 8 revers, les 9 autres cas ne pouvant entrer en ligne de compte par différentes raisons qui ne les rendent pas concluants. C'est donc une proportion de 27 pour 100 au lieu de 70 obtenue par l'inventeur sur 150 cas. Cette proportion suffit bien pour faire entrer cette opération dans la pratique, surtout chez les enfants de six à douze ans. (*Boston med. and surg. Journ.*, n° 23.)

Une nouvelle modification de cette méthode, pour la cure radicale, consiste à coudre sous la peau, avec des fils d'argent, les piliers de l'anneau inguinal. Elle se pratique ainsi : les précautions d'usage prises, la pulpe de l'index gauche est placée sur le fond du scrotum, la face palmaire dirigée en haut et la pointe de l'aiguille y reposant directement. Ainsi disposé, le doigt s'engage dans l'orifice inguinal et passe derrière le pilier interne. Le manche de l'aiguille étant poussé, elle traverse le pilier d'arrière en avant, à peu de distance de son bord, et lorsque la pointe fait saillie sous la peau, un aide tire celle-ci de manière que son ouverture corresponde au centre de l'anneau inguinal. Le fil d'argent est alors passé avec une extrémité libre flottant sur l'abdomen.

La même manœuvre est répétée pour l'autre pilier avec le soin de faire rentrer et sortir l'aiguille par les mêmes orifices. Elle est alors retirée, et le fil en étant dégagé, forme une anse dont les deux extrémités sortent par la même ouverture abdominale et dont la partie moyenne, descendant jusqu'au fond du scrotum, est située entre la peau et le *fascia superficialis*.

On tire alors sur les extrémités du fil en même temps que sur le scrotum, pour prévenir son invagination. Le fil dissèque ainsi le fascia en le séparant de la peau jusqu'au niveau de l'anneau. On sent en effet en introduisant le doigt dans le canal, qu'il se resserre par cette manœuvre en rapprochant les piliers. On diminue ainsi l'orifice de l'anneau jusqu'à ce que le

doigt ne puisse plus s'y engager et qu'il ne reste que la place du cordon. Le fil est alors tordu avec une pince, sans que la traction soit assez forte pour qu'il agisse comme l'écraseur. Les extrémités, coupés au niveau de la peau, disparaissent immédiatement.

Pas une goutte de sang ne s'est écoulée pendant cette opération, les deux piqûres de la peau se sont fermées en quelques heures. L'opéré est tenu au lit quelques jours jusqu'à ce que le fil puisse s'entourer de lymphe plastique. Tout est donc dans le procédé opératoire, dont le point important est surtout de ne perforer la peau que dans un seul endroit, comme le scrotum. (*Lancet*, septembre.)

Hernie para-inguinale. Terme appliqué par le docteur Lotzbeck, à une forme particulière caractérisée par l'issue de l'intestin du canal, à travers une ouverture normale de l'oblique externe. (*Deutsche Klinik*, n°s 12 et 13.)

Hernie ombilicale. Une forme curieuse et rare, sinon unique, en a été observée par le docteur Macler. Obligé de pratiquer le débridement, au lieu de rencontrer une ouverture unique, après avoir incisé largement les enveloppes herniaires, il en constata deux; une de 2 centimètres correspondant à l'ombilic, l'autre de moins de un centimètre située en bas et à gauche de l'anneau précédent. L'intestin grêle sortait librement par la première sans aucun étranglement, et rentrait dans l'abdomen par la seconde ouverture où s'effectuait le véritable étranglement; de telle sorte que la masse herniée se trouvait incluse dans l'abdomen.

Sans que l'auteur dise comment il a constaté cette disposition singulière, il opéra le débridement en haut et à gauche, afin d'attirer l'intestin au dehors et le réintégrer dans le ventre par l'ouverture ombilicale; mais un troisième débridement en bas fut nécessaire à cet effet. La guérison s'ensuivit. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, février.)

La disposition même de cette hernie montre l'utilité de la faire connaître au point de vue du traitement par le taxis. Non-seulement il serait inutile en pareil cas, mais dangereux.

Pelotes à air. En face du danger de l'étranglement de cette hernie, et de l'insuffisance des moyens contentifs, M. Demar-

quay, pour les rendre plus effectifs, se sert de pelotes ayant la forme d'une petite pyramide de caoutchouc vulcanisé très-souple, remplies d'air, fabriquées par Galante, dont le volume varie pour s'adapter à celui de la hernie. Pour l'appliquer, on la colle à une bandelette de diachylon bien souple, assez large pour couvrir la pelote et assez longue pour faire presque le tour du corps. Une autre bandelette imbriquant la première fixe cette pelote pour empêcher qu'elle ne bascule.

Chaque jour, ou tous les deux jours on baigne l'enfant, et l'on remplace la pelote mouillée par une nouvelle, en faisant sécher la première qui peut servir de nouveau. D'un prix minime, ces pelotes peuvent d'ailleurs être changées facilement. L'appareil est ainsi changé aussi souvent qu'on le désire, sans gêne, ni fatigue pour les malades, et se cache parfaitement sous les vêtements.

Chez les enfants, ce bandage réussit très-bien. La bandelette de diachylon a le double avantage de contenir la pelote, et de rapprocher la ligne blanche. Quand après quelques mois, la hernie n'a plus de tendance à sortir, la pelote est remplacée par une boulette d'ouate. Plus volumineuses, ces pelotes sont aussi utiles chez l'adulte, et l'on voit cesser des accidents sérieux, causés par une hernie ombilicale mal contenue, à l'aide de ce simple appareil. (*Union méd.*, n° 33.)

Modifications opératoires. Pour prévenir l'entrée de l'air continuelle qui se fait dans l'abdomen à la suite de l'ouverture du sac, du débridement de l'anneau ombilical et de la péritonite mortelle qui en est ordinairement la conséquence, M. Demarquay, pour fermer tout accès à l'air, passa un fil circulairement à la base du sac herniaire, entre la peau et le péritoine, et ferma la cavité abdominale par une suture en bourse. Néanmoins, l'opérée succomba de même quarante-huit heures après.

S'appuyant d'ailleurs sur ce fait bien connu que le sphacèle de l'intestin survient plus tard dans cette hernie que dans les autres, M. Demarquay a cherché à lever l'étranglement sans ouvrir largement le sac, et prévenir ainsi l'entrée de l'air. L'incision dépassant la tumeur herniaire n'intéressait que la peau; après avoir recousu la partie extérieure du sac, il y pratiqua une toute petite ponction à travers laquelle le doigt glissé refoula l'intestin. Une sonde cannelée courbe, introduite ensuite entre l'intestin et l'anneau ombilical, servit avec un bistouri

falciforme à lever l'étranglement en faisant un débridement de un centimètre environ. L'intestin fut laissé en place, et néanmoins tous les signes de l'étranglement, vomissements, fièvre disparurent; le lendemain, une abondante selle eut lieu. Mais les accidents se reproduisirent bientôt, et la mort eut lieu par un nouvel étranglement comme l'autopsie le démontra. (*Idem.*) C'est donc une expérience à renouveler, en débridant plus largement, pour prévenir le retour de l'étranglement.

HERPÈS. *Forme quadrilatère.* Aux formes circinée et longitudinale, M. Devergie ajoute celle-ci, qu'il a observée sur les membres supérieurs d'un homme de soixante ans, atteint d'un eczéma chronique des bourses. Au tiers supérieur de l'avant-bras gauche, face externe, était un carré parfait, méthodique, de 2 centimètres environ en tous sens, bordé d'un liséré rouge vif, de 2 millimètres de large, un peu excorié par le frottement de la manche de flanelle, rugueux au toucher, et parsemé de petites lamelles adhérentes, anguleuses comme les débris de vésicules rompues. Au dedans, la peau est saine et le malade dit qu'ayant débuté par un point imperceptible, le mal semble s'être guéri au fur et à mesure qu'elle s'élargissait.

Au bras la forme était la même, bien que sa disposition fût losangée.

Un mois après, les accidents avaient augmenté dans des proportions semblables, bien que le champignon n'ait pu être constaté au microscope. Mais il suffit d'en toucher les liserés tous les trois jours avec la solution de nitrate d'argent au 10e, et les humecter dans la journée avec une solution de sublimé au 1000e, pour en arrêter la marche envahissante et en obtenir la disparition. C'est donc là une forme nouvelle, non encore décrite, à étudier. (*Union méd.*, n° 39.)

Herpès guttural. Fondé sur douze observations, M. le docteur Bertholle en fait un signe et un effet des troubles de la menstruation, soit qu'il marque l'approche de chaque époque chez les femmes chlorotiques, mal réglées, soit qu'il survienne quand, par des causes morales, cette fonction est troublée, dérangée dans son cours. Prévenu de cette coïncidence, le médecin fixera donc son attention à ce sujet et sera rassuré sur les conséquences d'un mal de gorge survenant dans ces condi-

tions. Un vomitif en imprimant une secousse à l'économie est ordinairement salutaire, suivi de quelques gargarismes et des révulsifs indiqués en pareil cas. (*Soc. méd. chir. de Paris*, février.)

HÉTÉROGÉNIE. L'expérience des œufs invoquée par M. Donné contre la génération spontanée, l'a fait changer d'avis en la modifiant un peu. L'objection que la vie ne pouvait se développer au milieu d'éléments corrompus et morbides, a été prise par lui en considération (voy. année 1864). Dès lors, il a introduit de l'air nouveau dans ces œufs en les perçant avec un stylet rougi au feu, après qu'ils étaient enveloppés dans une couche de coton cardé. En les exposant ainsi à la température ambiante, il a bientôt vu se développer des moisissures qui, au moyen d'eau bouillante, ont donné naissance à une infinité de vibrions. De là, la conversion du célèbre panspermiste à la doctrine de la génération spontanée. (*Acad. des sc.*)

HISTOIRE. *Conférences historiques* faites pendant l'année 1865 à la Faculté de médecine de Paris, un vol. in-8° de 506 pages, librairie *Germer Baillière*. A défaut d'avoir rendu compte de ces conférences en 1865, nous pouvons du moins en signaler la publication réunie. Mieux qu'une analyse critique, ce volume permet à chacun d'en juger le mérite et la valeur. On fera ainsi plus justement la comparaison des qualités et des défauts des divers orateurs, tous jeunes agrégés, pleins d'avenir et de talent, choisis, appelés par le doyen, M. Tardieu, à l'honneur dangereux de venir ainsi publiquement faire preuve de leur savoir, de leurs connaissances et de leur talent d'exposition sur des matières sortant des études pratiques, cliniques. Instituées sur la suggestion généreuse de M. Verneuil, elles avaient spécialement pour but, il ne faut pas l'oublier, de familiariser les élèves avec les connaissances historiques, complétement hors du cadre des études scolaires. C'est ainsi que le premier, il traita des *chirurgiens érudits* et d'*Antoine Louis* comme exemple, ce qui forme comme une *introduction* à ce volume. En prenant l'école de Halle comme sujet de la deuxième conférence, M. Lasègue a mis en présence Hoffmam et Stahl et comparé les deux grandes doctrines qu'ils représentent et qui divisent la médecine : le vitalisme et le mécanicisme. Sous une autre forme, M. Chauffard en prenant Laennec pour sujet de la

troisième, a tracé un tableau analogue, seulement plus moderne en mettant du commencement à la fin Broussais en opposition avec Laennec. Riolan forme le thème de la quatrième, par M. L. Le Fort. C'est surtout l'histoire de l'origine de la Faculté de Paris, dont M. le docteur Chéreau a retracé récemment l'archéologie dans l'*Union médicale*. M. Parrot a pris pour texte le grand clinicien allemand Stoll, dont il a reproduit en traits brillants les maximes doctrinales. Dans la sixième conférence, par M. Follin, vient le tour de la chirurgie dans la grande figure de Guy de Chauliac, le premier écrivain classique de la chirurgie française. La grande figure de Harvey a été choisie par M. Béclard dans la suivante. Un nom beaucoup moins connu, Wurtz ou Wurtzius a fait le sujet de la huitième, par M. Trélat. C'est Sylvius et l'iatrochimie que M. Gubler a fait connaître ensuite ; puis vient un des représentants les plus distingués de l'obstétrique, Levret, dont la vie scientifique est racontée par M. Tarnier dans la dixième, avec l'histoire de l'enseignement obstétrical jusqu'à nos jours. C'est Jenner et la découverte de la vaccine que M. Lorain a voulu retracer sous leur vrai jour dans la onzième, et M. Axenfeld a presque interrompu cette galerie brillante de noms illustres par l'histoire de Jean Wier et les sorciers ; mais M. Broca l'a bientôt reprise et continuée par l'histoire de Celse ou plutôt de ses travaux et celle de son temps. C'était clore cette revue historique comme elle avait été commencée, aussi bien par le choix du sujet que par le talent de l'orateur.

Cette simple citation de noms suffit à montrer l'intérêt de ce volume, sorte de musée historique dont chaque tableau a le cachet d'un auteur particulier avec sa touche spéciale. On ne se lasse pas ainsi de le parcourir. Et en présence du succès de ces conférences, on déplore que des événements regrettables en aient empêché la continuation. Quand un essai réussit aussi bien, ce devrait être une loi pour tous de le répéter.

Essai sur l'histoire de la médecine belge contemporaine, par M. le docteur Léon Marq. Mémoire couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique en réponse à cette question : Exposer, en l'appréciant, le mouvement scientifique médical qui s'est produit depuis 1835, dans les établissements d'instruction supérieure et les corps savants de la Belgique. In-4° de 195 pages, cartonné. Bruxelles.

Pour mieux faire comprendre la marche et l'étendue des progrès réalisés dans la période de temps fixé, l'auteur a retracé les phases diverses de la médecine, ou plutôt de ses institutions antérieurement à cette époque, changements toujours déterminés par les péripéties politiques. En se rattachant étroitement à notre histoire médicale nationale durant cette période antérieure à 1830, cette *introduction* montre la profonde influence de la politique et des doctrines médicales françaises à l'étranger. Chaque grand progrès médical est ensuite signalé, analysé, apprécié par l'histoire des hommes qui l'ont conçu, exécuté, ou des événements, des journaux, des lois et des institutions qui en ont préparé, favorisé la réalisation. C'est un tableau au coloris égal, uniforme, aux tons doux, sans nuance tranchée, heurtée, indiquant les plus minutieux détails du sujet comme dans l'école flamande, et qui fait honneur à la Belgique médicale. Elle a donc bien fait de le couronner.

HISTOLOGIE. *Développement des tissus fibrillaires.* Cette évolution, suivant M. Ordonez, se divise en six phases : dépôt de lymphe plastique ou blastème primordial; apparition des noyaux embryoplastiques; allongement de ces noyaux; leur multiplication par interposition, scission, bourgeonnement; puis formation des corps fusiformes fibro-plastiques; enfin atrophie du noyau et développement des appendices fusiformes, faisceaux de fibrilles de tissu conjonctif et fibreux. D'accord avec les opinions de M. Robin, ces résultats diffèrent de celles de Virchow. Pour M. Ordonez, la théorie soutenue a cet égard dans la *Pathologie cellulaire* n'est plus soutenable, parce que les corpuscules étoilés, appelés aussi cellules plasmatiques, corpuscules de tissu conjonctif, ne sont pas des éléments permanents, appartenant en propre au tissu fibrillaire, conjonctif, mais des éléments transitoires appartenant en propre au tissu élastique et dans lesquels l'existence d'une cavité ne peut être démontrée. De même les fibrilles primitives de tissu fibrillaire et les fibres élastiques ne sont pas non plus canalisées. (*Journal de l'anat. et de la phys.*, n° 5.)

HONORAIRES. Dans sa dernière séance du 10 octobre, la commission générale de l'Association des médecins du Rhône, consultée sur ce point par l'un de ses membres, a adopté à

l'unanimité ce principe, d'ailleurs conforme aux usages autant qu'à l'équité, que le médecin qui a appelé en consultation l'un de ses confrères résidant dans la même ville doit recevoir une rémunération égale à celle que reçoit ce confrère. La commission est aussi d'avis que, en se conduisant autrement, en demandant ou en acceptant une somme moindre, le médecin traitant ferait, sous prétexte de désintéressement, un acte contraire à l'esprit d'égalité devant le diplôme, qui est la meilleure garantie de la dignité médicale. (*Gaz. méd. de Lyon.*) — Voy. Armée.

Privilége des honoraires. En opposition apparente avec les principes de justice et de protection pour la corporation médicale, déposés dans le nouveau code italien (voy. Jurisprudence), cette question semble avoir été résolue, plutôt à leur détriment qu'à leur avantage. Au lieu de s'étendre *aux soins de la dernière maladie*, rédaction ambiguë qui a donné lieu ici et là à tant de procès et de solutions diverses, le code civil italien a fixé ce privilége sur les frais de maladie des *six* derniers mois seulement de la vie. Ainsi précisée, la question du moins est exempte de toute ambiguïté et de fausse interprétation. Sous ce rapport, elle réalise encore un véritable progrès.

Prescription des honoraires. Par l'article 2140 du nouveau code italien « le recours des médecins, chirurgiens et spécialistes pour leurs visites, opérations et médicaments, ne se prescrit qu'après trois années ». La dignité et les intérêts du médecin sont ainsi largement reconnus, consacrés à l'égal de ceux des avocats, car, tandis que l'article 2179 du code napolitain, limitait à un an cette prescription comme l'article 2273 du Code Napoléon, elle était étendue à trois pour les avocats et autres officiers ministériels. Justice est rendue en l'étendant de même pour le médecin qui, garanti de la sorte, n'aura pas à recourir aussi souvent à la justice pour sauvegarder ses droits.

Tarif des vacations et rapports. La même égalité est consacrée pour la rétribution des actes médicaux en matière civile; ce qui est encore un progrès sur ce qui existait. Pour les médecins, comme pour les ingénieurs, les architectes, les chimistes, chaque vacation est fixée à 5 francs, en ajoutant au delà de 2 kilomètres et demi de leur résidence 60 centimes par ki-

lomètres parcourus aller et retour, honorarium qui ne peut être moindre de 9 francs, à une distance de plus de 5 kilomètres; chaque journée passée en dehors de sa résidence est en outre payée 6 francs. La prestation de serment comme expert, et le dépôt du rapport, faits séparément, sont payés comme une vacation.

En matière pénale, le législateur s'est montré beaucoup plus parcimonieux. Il n'a alloué à chaque médecin ou chirurgien, pour visite et rapport, que 3 francs au chef-lieu du tribunal, et 2 francs dans les autres communes; 6 francs pour une autopsie, ou toute autre opération n'excédant pas quatre heures de durée, rapport compris, au siége du tribunal, et 4 francs ailleurs; en y ajoutant, par chaque heure en plus, le prix de la visite ordinaire fixé ci-dessus, de même que pour la déposition comme expert ou témoin. Ce qui est surtout choquant ici, avec les articles précédents, c'est la rétribution inférieure des médecins de campagne, comme si leurs services n'équivalaient pas à ceux des médecins des villes, siége d'un tribunal. Cette inégalité devrait disparaître partout. (*Arch. di chir. prat.*, octobre.)

HOPITAUX. La question des hôpitaux se rattache à celle de l'enseignement, car celui-ci ne saurait exister sans ceux-là. Leur personnel médical autant que leur situation, leur aménagement, leur spécialisation en sont des conditions inséparables. On s'étonne donc qu'à la Société de médecine de Bordeaux, cette considération importante n'ait pas eu sa place dans la longue discussion qui a eu lieu sur ce sujet, à propos du plan d'édification d'un hospice général à la campagne, comprenant la Maternité. On a fait valoir toutes les raisons, moins celle-là; et cependant, qui peut mieux l'apprécier que les médecins eux-mêmes? Transporter à la campagne les hôpitaux spéciaux, c'est en ravir l'enseignement à la jeunesse studieuse, et tarir une des sources les plus fécondes des progrès de la science et de la pratique médicales.

De même, en ne plaçant pas à la tête de ces centres d'instruction des chefs capables d'en faire connaître et apprécier toutes les ressources aux élèves. Et comme il n'est pas de meilleure garantie à cet égard que le concours public, on se demande pourquoi il n'est pas institué partout pour les places de médecins et chirurgiens des hôpitaux, comme à Paris, Lyon,

Bordeaux, Toulouse, Marseille. L'administration de Lille, qui semblait marcher aussi dans cette voie en consentant à ne faire ses nominations que sur une triple liste de trois noms présentée par les corps savants qui pouvaient le mieux lui désigner les choix à faire : les médecins des hôpitaux, l'École et la Société de médecine, est tout à coup revenue sur cette décision, qui date à peine de quelques années, sans avoir reçu son exécution. Sous le prétexte, entre autres considérants, « que ce mode de nomination, qui, grâce aux circonstances, *n'a pas encore été mis en pratique*, constitue un système très-compliqué, et a le grave inconvénient de circonscrire le pouvoir absolu que l'administration tient de la loi », elle a résolu par délibération du 30 décembre 1865, de reprendre tout ce pouvoir dictatorial qu'elle avait spontanément résigné. De là, grand émoi dans la corporation. Il y a là une contradiction que l'on ne s'explique pas et un obstacle mis indéfiniment à la justice distributive et au progrès. C'est ce que M. le professeur Wannebroucq a démontré avec force et vigueur dans un mémoire spécial inséré dans le *Bulletin médical*.

Contre un pareil acte de défiance envers le corps médical, il n'y a pour lui qu'une protestation digne à faire : c'est de s'engager collectivement à n'accepter, à l'avenir, aucune place de médecin des hôpitaux accordée suivant le mode arbitraire résultant de la délibération sus-visée. Le droit de coalition existe ; que les médecins en usent suivant la loi, et il faudra bien que l'administration, qui en dispose à son bon plaisir, compte avec eux. L'Association locale leur offre un moyen bien simple de réaliser cette union, cette entente indispensable à la sanction de leurs droits méconnus et violés. Qu'ils y pensent !

Médecin d'hôpital. Voulez-vous avoir de vrais médecins d'hôpitaux se consacrant entièrement à leurs malades, les voyant à toute heure du jour, suivant la maladie, jugeant ses progrès, l'arrêtant dans sa marche en la combattant corps à corps? dit le docteur Monin. Installez le médecin dans l'hôpital même ; qu'il y ait son cabinet, sa famille, afin qu'il soit à toute heure du jour à la disposition des malades.

On sait, en effet, de quelle importance est la promptitude du secours dans certains cas : le croup, la péripneumonie, l'apoplexie, par exemple. La guérison dépend de l'activité que l'on met à prévenir les progrès du mal.

Or, qu'un malade, dans l'état actuel des choses, entre dans un service après la visite du médecin, les ressources qui lui sont offertes sont d'attendre jusqu'au lendemain, ou de se soumettre au traitement de l'élève de garde, quand il en existe : c'est-à-dire à une médecine expectante avec ses dangers, ou à une médecine instinctive avec ses tâtonnements et ses chances aléatoires.

Invoquer l'économie est impossible puisqu'on y entretient bien des aumôniers logés, nourris, chauffés et convenablement rétribués. La présence du médecin du corps est aussi indispensable à toute heure du jour et de la nuit que celle du médecin de l'âme.

En choisissant des médecins, qu'une rétribution parcimonieuse force à se créer une clientèle en ville, on arrive à ce résultat d'une visite de deux heures à peine pour 80 à 100 malades ! Deux minutes en moyenne pour chaque malade. Est-ce suffisant, pour juger une maladie et se rendre compte de sa marche? Si l'on veut que le médecin appartienne en entier aux malades, il faut le rétribuer convenablement et dédoubler les services; et avant tout, lui créer une position honorable et indépendante.

Pour répondre à toutes les objections qui pourraient être opposées au séjour fixe du médecin à l'hôpital même, on n'aurait qu'à en limiter la durée à six années, par exemple. Après ce terme, la pratique médicale en ville gagnerait chaque fois un praticien émérite de plus, ce qui en centuplerait le nombre au bout de peu d'années. (*Gazette médicale de Lyon.*)

L'institution des médecins et chirurgiens chefs-internes dans plusieurs hôpitaux de province, comme celle des chefs de clinique à Paris, nous paraît répondre assez bien à cette demande. Il ne s'agirait que de la généraliser et étendre le stage pour avoir tout le bénéfice d'un médecin instruit à demeure dans un hôpital, sans les inconvénients de plusieurs, avec leurs familles surtout.

Hôpitaux d'enfants. *Isolement*. M. Marjolin déplore que dans ces foyers où se trouvent réunies et accumulées tant de maladies contagieuses : croup, variole, rougeole, scarlatine, ophthalmie purulente, etc., etc., il n'y ait pas de salles d'isolement où il soit possible de séquestrer sérieusement les enfants atteints de ces affections, et de prévenir ainsi la com-

munication aux autres. Tous les malades sont réunis pêle-mêle, de telle sorte qu'un enfant, atteint d'ophthalmie purulente, vient y communiquer la maladie à des épileptiques, ou bien y contracter et mourir lui-même du croup, de la variole, de la scarlatine ou de tout autre chose que de son ophthalmie. (*Soc. de chir.*, février.)

Des hôpitaux et des hospices, des conditions que doivent présenter ces établissements au point de vue de l'hygiène et des intérêts des populations, par Hipp. Jaquemet, ex-interne adjoint à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux. Mémoire couronné par la Société de médecine de Bordeaux. In-8° de 184 pages, avec figures.

HYDRARGYRISME. *Bromure de potassium.* Chez un doreur sur métaux, entré à l'hôpital de la Charité, avec tremblements, céphalalgie et insomnie de cause mercurielle, M. Bucquoy, ayant employé vainement l'iodure de potassium, suivant la méthode de MM. N. Guillot et Melsens, prescrivit la potion suivante :

℞ Eau.	128	grammes.
Bromure de potassium.	2	—
Sirop de sucre.	30	—

Mêlez.

Dès le soir même, l'insomnie fut moins pénible et le sommeil revint rapidement en même temps que la céphalalgie et le tremblement diminuaient. L'usage du médicament ayant été interrompu au bout de huit jours, pour cause de bronchite intercurrente, l'insomnie avec céphalée reparut aussitôt. Mais il suffit d'en reprendre l'usage pour les voir cesser de nouveau : preuve évidente de l'action directe de ce remède. (*Bull. de thér.*, mai.)

HYDROCÈLE. Appliquant son appareil à succion, destiné au traitement des kystes de l'ovaire (voy. année 1865) à un hydrocèle récent et peu abondant, M. Buys en a obtenu la guérison radicale (*Journ. de méd. de Brux.*, juin). Reste à savoir si le même succès suivra, dans les autres cas moins favorables à une guérison spontanée.

Hydrocèle de l'épididyme. M. le docteur Christot décrit

sous ce nom une tumeur enkystée, plus grosse qu'un œuf de poule, observée sur le cadavre et placée au-dessus du bord supérieur, en avant et au dehors du testicule refoulé en bas et en arrière. Son plus grand diamètre est transversal et mesure 7 centimètres ; ses parois, épaisses de 2 à 3 millimètres, sont irrégulières ; fibres cartilagineuses et ostéo-cartilagineuses en certains endroits, adhérentes aux tuniques ambiantes fortement épaissies. Un liquide citrin, non albumineux ni lactescent, légèrement hématique, était renfermé à l'intérieur. Le testicule et son enveloppe étaient intacts. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Cette description, aussi bien que les altérations anatomo-pathologiques de cette tumeur n'autorisent-elles pas à la ranger dans les kystes sous-épididymaires de M. Gosselin, plutôt que parmi les hydrocèles ?

HYDROPISIE. Dans un cas d'hydropisie commençante générale : épanchements dans les plèvres, le péritoine, le scrotum et infiltration cellulaire résultant d'une affection du cœur, le docteur Droixhe vit disparaître rapidement tous les accidents par l'usage des pilules suivantes :

℞ Extrait de scille maritime.	0,10	centigrammes.
Poudre de digitale.	ââ 0,05	—
— de gomme-gutte.		
Calomel	0,03	—
Mêlez.		

M. Pour une pilule dont on fait prendre 4 à 6 par jour. Dès le quatrième jour, tout épanchement avait disparu. (*Presse méd. belge*, n° 2.)

HYDROTHÉRAPIE. Suivant M. Beni-Barde, l'hydrothérapie, appliquée à l'extérieur, agit sur les nerfs excito-moteurs et autres nerfs soumis à l'action centripète de la peau, en produisant, par leur intermédiaire, des réactions réflexes plus ou moins appréciables dans quelques organes ou dans l'organisme tout entier (*Acad. de méd.*, janvier). Tout spécieux qu'il est, ce mécanisme thérapeutique reste encore à démontrer. — Voy. Délire émotif.

HYGIÈNE. *Machines à coudre.* Mues par deux pédales, une pour chaque pied, elles déterminent, par le mouvement

alternatif ou simultané qui en résulte, soit un frottement des cuisses ou un balancement du tronc avec les membres inférieurs qui réagit sur le bassin chez les femmes qui y sont occupées. Chez plusieurs ouvrières, M. Guibout a observé une excitation génésique considérable, ou des leucorrhées avec amaigrissement, digestions pénibles, débilitation profonde, menstruation trop fréquente et trop abondante, qui forcent souvent ces pauvres femmes à suspendre leur travail et même à cesser l'exercice de cette profession dangereuse. (*Soc. méd. des hôp.*, mai.)

C'est souvent ainsi au détriment de la santé publique que l'industrie réalise ses progrès ; mais aussi elle y apporte elle-même le remède. M. Cazal, ingénieur, signale ainsi l'*électricité motrice* comme pouvant rendre ces machines auto-motrices, et prévenir ainsi les accidents signalés en en annihilant la cause. (*Union méd.*, n° 75.)

Hygiène maritime. Mieux que les fumigations, les désinfections, le flambage des navives, un ventilateur ayant le fourneau de la cuisine pour l'activer, en opérer, en augmenter le tirage, semble à M. Malet devoir être efficace, plus simple et moins coûteux. Il ne s'agit que de faire communiquer ainsi par des tuyaux métalliques le cendrier du fourneau avec la cale et les différentes parties du navire. L'action serait continue et la dépense nulle. Il ne s'agirait que d'empêcher les étincelles ou les charbons de tomber dans la cale, ce qui est l'affaire des ingénieurs. (*Gaz. méd.*, n° 25.)

HYPOÉMIE INTERTROPICALE. Variété d'anémie spéciale aux pays chauds, et dont la nouvelle étiologie semble confirmée par de nouvelles observations nécroscopiques faites au Brésil où elle est très-fréquente parmi les esclaves et toute la population pauvre. Elle est aussi très-fréquente en Égypte où le professeur Griesinger semble en avoir découvert la véritable cause. Jusque-là elle était vulgairement connue au Brésil sous le nom de *cançaço* (faiblesse) ou *oppilacão* traduisant le principal phénomène extérieur. Jobim, en 1835, lui donna le premier son nom actuel dans son *Discours sur les maladies les plus fréquentes parmi la classe pauvre de Rio de Janeiro*, mais en continuant de l'attribuer, comme on l'avait fait avant lui, à la mauvaise alimentation presque exclusive des féculents

et comme un effet consécutif des fièvres intermittentes. Déjà en 1844, Sigaud distinguait l'hypoémie consécutive aux fièvres intermittentes par les lésions du foie, de la rate et des ganglions mésentériques qui la caractérisent de celle qui résulte d'une mauvaise alimentation. Les lésions de l'estomac prédominant dans cette forme, dit-il, désignée sous le nom de *mal d'estomac*, *cachexie africaine* dans les Antilles et de *cachexie aqueuse* en Égypte, ce qui correspondrait, suivant lui, au *pica* ou *malacia* des auteurs. (*Climat et maladies du Brésil.*)

Sauf la mention de quelques auteurs se copiant, se répétant plus ou moins dans les différents pays, ce n'est qu'en 1852 que le professeur Griesinger, médecin de l'hôpital du Caire, changea complétement les idées courantes sur la pathogénie de cette maladie. En faisant l'autopsie d'une victime de l'hypoémie le 17 avril 1852, il découvrit dans le duodénum, le jéjunum et le commencement de l'iléon, outre le sang épanché et de petites ecchymoses sous-muqueuses, semblables à celles qui résultent de la piqûre des sangsues, de petits vers blancs que l'examen microscopique démontra être l'ancylostome duodénal découvert par Dubini en 1838. Mais cette étiologie contestée par Stirsch était oubliée, lorsque deux faits observés et relatés par le professeur Wucherer, de Bahia, viennent de lui donner une nouvelle consécration.

I. Delfino, esclave noir de 30 ans, marié depuis peu, est recueilli comme malade au couvent de Saint-Bento de Bahia. A la visite du 13 décembre 1865, il est pâle, sans maigreur notable, mais la face bouffie, infiltrée aux paupières comme aux mains et aux pieds. Peau sèche, température du corps basse, surtout aux extrémités. Physionomie anxieuse, respiration excessivement laborieuse, surtout aux moindres mouvements et permettant à peine de rester assis quelques minutes sur son séant. L'auscultation ne révèle rien dans le thorax.

Soif et nausées fréquentes; langue pâle comme toute la muqueuse buccale ainsi que la conjonctive, constipation. Abdomen infiltré, insensible, urine claire, jaune-paille, sans odeur, d'une température de 27°,50 et d'une spécificité de 1007; souffle systolique du cœur avec susurrus continuel dans les jugulaires. Pouls fréquent et petit. Foie et rate sans augmentation de volume.

Ni la mauvaise alimentation, ni l'excès de travail, ni l'abus des alcooliques, ne pouvaient rendre compte de ce profond état

anémique que le fer et le quinquina, ni les autres toniques n'avaient pu modifier, et auquel Delfino succomba dès le lendemain.

Aussi bien, conformément à l'observation de Griesinger, l'autopsie révéla la présence, dans toute l'étendue de l'intestin grêle, de très-petits vers qui, au microscope, présentèrent tous les caractères de l'*Ancylostomum duodenale.* La cause spéciale du mal était donc trouvée, car M. Wucherer ayant porté son attention à ce sujet dans l'autopsie de 12 sujets morts d'affections diverses, ne rencontra jamais cet entozoaire, tandis que dans un second cas, sa présence vint encore justifier le diagnostic.

II. C'était chez un enfant de dix ans, entré le 27 décembre 1865 salle Saint-Francisco n° 15. D'une faiblesse générale extrême, ce garçon présentait une grande pâleur des lèvres et des conjonctives, infiltration des extrémités inférieures. Regard mort et physionomie abattue. Rien d'anormal dans l'appareil respiratoire, sinon faiblesse et difficulté de la respiration. Souffle anémique à la base du cœur au premier temps. Aucune altération perceptible des viscères abdominaux; insensibilité du ventre; langue blanche et pâteuse; anorexie, douleurs névralgiques presque générales et continuelles. Pouls fréquent et irrégulier, parfois avec abaissement de la température normale.

Malgré l'emploi successif du sulfate de quinine, de sulfate de soude et d'huile de ricin, puis de vin ferré, du sirop de tartrate de fer et d'autres moyens, l'enfant succomba le 19 décembre dans l'état hectique le plus complet.

Autopsie le lendemain. Cadavre très-maigre sans nulle infiltration. Pas d'épanchement séreux dans le ventre. Mucus noirâtre dans l'intestin grêle; duodénum et jéjunum remplis d'innombrables ancylostomes avec de nombreuses ulcérations dont quelques-unes, du diamètre de presque un pouce, anciennes en apparence, avec des *bords* relevés et saillants. (*Gaz. med. da Bahia*, n°s 3 et 4.)

Confirmatifs de la cause découverte en Égypte, ces deux faits doivent changer complétement les idées courantes sur la nature et le traitement de cette affection spécifique, vermineuse, se rapprochant de la trichinose. C'est par un traitement anthelminthique au début que l'on parviendra à en empêcher les progrès, à en obtenir la guérison en en démontrant ainsi péremptoirement la cause.

I

IMMOBILISATION. Pour combattre l'atonie et l'atrophie des divers tissus qu'elle entraîne, notamment du tissu musculaire lorsqu'elle est prolongée dans le traitement des tumeurs blanches et des fractures, M. le docteur Aubert applique immédiatement sur la peau un certain nombre de petites bandes métalliques très-minces, isolées les unes des autres, dont on laisse sortir les extrémités entre les interstices d'un bandage amidonné ou autre, construit suivant les règles ordinaires; puis on se sert de ces bandes comme d'autant de conducteurs du fluide électrique. On a ainsi pendant le traitement, et au moment que l'on juge convenable, la possibilité d'exciter le membre par le plus énergique des stimulants artificiels : l'électricité.

M. Aubert a recours au courant constant ou interrompu, suivant qu'il veut exciter la nutrition de la partie malade ou réveiller les contractions musculaires. (*Soc. des scienc. méd. de Lyon*, janvier.)

Extension et immobilisation. Dans un cas de fracture du fémur droit, survenue le 15 avril 1864, chez un garçon de vingt ans, un appareil de Scultet n'ayant amené aucune consolidation, après vingt-cinq jours d'application, non plus qu'un appareil dextriné après deux mois, le blessé entra, le 25 juillet 1864, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau. Aucun changement ne s'étant opéré après deux mois d'application d'un autre appareil immobile, M. Lefort se chargea du blessé, salle Saint-Jean n° 17, où il constata l'état suivant :

Le membre était raccourci de 9 centimètres environ, le fragment inférieur était passé en arrière du supérieur ; ce fragment inférieur, comprenant approximativement 12 à 15 centimètres du fémur, faisait, à la partie postérieure de la cuisse, une saillie notable, très-facilement appréciable au doigt. Les bords de la fracture, coupés à arêtes assez vives, témoignaient de l'absence du travail de consolidation. Les deux fragments s'appuyaient l'un contre l'autre par leurs faces, séparés probablement par quelques fibres musculaires. Le malade ne pouvait imprimer à la jambe étendue aucun mouvement d'élévation de dessus le plan du lit, et, en passant la main à plat, entre la cuisse et le

matelas, on constatait une mobilité telle, qu'en essayant ainsi de soulever le membre, le fémur se courbait immédiatement à angle obtus à sommet antérieur.

« J'essayai, dit M. Lefort, d'imprimer des mouvements violents aux deux fragments, de les frotter l'un contre l'autre, après quoi j'appliquai un appareil inamovible plâtré qui resta en place deux mois; lorsque je le retirai, je pus constater que le traitement n'avait pas eu le moindre succès. Il fallait, dès lors, revenir à des moyens plus puissants, et, autant que possible, à des procédés n'exposant pas la vie du malade. Le séton, la résection suivie ou non de suture des os, m'exposaient à des accidents graves; d'ailleurs la statistique m'apprenait que, de 170 cas de pseudarthroses de la cuisse, rassemblés par Gurlt, l'extension permanente avait fourni des résultats heureux, puisque, sur 14 malades, 11 avaient guéri, tandis que les scarifications sous-cutanées sur les fragments n'avaient donné que 17 guérisons sur 38 cas; le séton, 16 guérisons sur 30; la résection 14 guérisons sur 28 opérés. Je me décidai donc pour l'extension.

» Pour la pratiquer, je construisis moi-même l'appareil suivant :

» A l'extrémité inférieure d'une béquille, je vissai une plaque de bois formant étrier, et à l'extrémité opposée de laquelle une large attelle interne montait jusqu'à l'ischion du côté malade. Un appareil plâtré fut appliqué sur la jambe du malade, et me servit à donner un point d'appui aux lacs extenseurs. Une longue vis, jouant dans la plaque formant étrier, était un puissant moyen d'extension. Quant à la contre-extension, elle était faite par la béquille appuyée dans l'aisselle et par l'attelle interne dont l'extrémité appuyait sur l'ischion, mais avec l'intermédiaire d'un coussin d'ouate.

» J'augmentais tous les jours la traction de l'appareil, elle amenait des douleurs vives au niveau de la fracture; mais cette traction put bientôt être assez énergique et complète pour dégager complétement les deux fragments l'un de l'autre, et les faire se rencontrer seulement par leurs extrémités libres. Sans cesser l'extension, je cherchai à frotter fortement les fragments les uns contre les autres et, après que les tractions eurent été ainsi continuées pendant trois semaines, j'appliquai un appareil inamovible de plâtre.

» Je le retirai le 31 décembre 1864; la cuisse avait perdu sa

mobilité, la consolidation était presque complétement effectuée. A partir du 2 janvier 1865, le malade se leva avec deux béquilles; mais, après une quinzaine de jours, il fut pris d'un érysipèle grave et ne se releva que dans les premiers jours de mars. Transféré à l'hôpital de Vincennes, il y demeura jusqu'au mois de juin; et, malgré plusieurs chutes accidentelles, la solidité du membre ne se démentit pas. Vers le 15 juin, il abandonna les béquilles pour se servir d'une canne.

» Aujourd'hui, comme on peut le voir, un an après la guérison, la cuisse est solide, le malade marche facilement et sans canne, cependant avec une notable claudication, qui tient à un peu de roideur dans le genou et à un raccourcissement de 6 à 7 centimètres, car les fragments ont repris dans l'appareil inamovible, après l'enlèvement de l'appareil à extension, leur situation première, et la saillie arrondie que l'on sent en arrière est l'extrémité du fragment inférieur. » (*Gaz. des hôp.*, n° 14.)

INFLAMMATION. M. de Robert de Latour en place l'élément, on le sait, dans l'exagération locale de la calorification, de la chaleur animale, dont il fait la force dynamique de la circulation capillaire. La démonstration clinique de la vérité de cette doctrine est dans le succès des enduits imperméables appliqués directement sur le siége de l'organe enflammé. En interceptant toute communication de l'air extérieur avec le réseau capillaire de cette partie, ils éteignent sur place cet excès de calorification, suivant les expériences physiologiques de Fourcault, confirmées depuis par de nombreux faits pathologiques qui se succèdent et se présentent aujourd'hui en faveur de cette médication. — Voy. Enduits imperméables.

Dans le but de démontrer expérimentalement comment cette médication diminue, arrête l'inflammation, plusieurs lapins ont été recouverts de cet enduit, sans que jamais l'hématose centrale ait paru altérée; mais, au contraire, un membre seul en étant recouvert, il s'est non-seulement refroidi, mais les vaisseaux en ont été trouvés exsangues; exagération même de leur action sur l'homme, en raison de l'exiguïté de la patte d'un jeune lapin. D'où il infère que, si le refroidissement ferme ainsi les capillaires au sang, c'est le calorique qui le fait cheminer dans leur réseau; ce qui donnerait le secret des succès du collodion contre l'inflammation. (*Union médic.*, n° 16.)

Il reste pourtant une grave objection : la circulation, même

capillaire d'un organe profond, le foie, le péritoine, est indépendante du réseau capillaire cutané qui y correspond, et sur lequel l'enduit imperméable est appliqué. Comment s'opère dès lors la réfrigération? Si c'est par contiguité des tissus, il y a aussi la circulation profonde circonvoisine qui vient sans cesse contrebalancer cet effet, comme les expériences précédentes l'ont même démontré. Il y a donc encore là plus d'une cause inconnue à chercher pour expliquer les résultats thérapeutiques.

Nature de l'inflammation. Dans une savante étude pleine d'érudition sur ce sujet, qui a tant et si souvent exercé l'imagination, autant que les recherches expérimentales des pathologistes, M. le docteur Castan, mettant à profit les résultats microscopiques modernes, autant que les phénomènes cliniques, conclut que l'impression première dans l'inflammation porte sur les nerfs sensitifs et vaso-moteurs, d'où la douleur et la congestion, qui en sont les premiers et les principaux phénomènes; celle-ci, caractérisée par la chaleur, la rougeur et la tuméfaction. Plus tard, survient l'épanchement de lymphe plastique; l'hyperplasie des cellules peut bien exister, mais ce n'est pas là, pour ce pathologiste, l'élément le plus important, et, jusqu'à plus ample informé, il s'en tient à l'ancienne théorie de l'exsudat. L'observation clinique démontre que les phénomènes phlegmasiques sont, pour la plupart du temps, dominés par une affection générale qui les produit et les entretient, tout en pouvant, dans leur évolution, s'émanciper de leur cause et constituer une maladie toute locale. (*Montpellier médic.*, novembre 1865 et janvier 1866.)

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES. Elles sont préférables, selon M. le professeur Lebert, à l'incision, et ont été choisies par lui pour ses expériences d'inoculation du tubercule (voy. PHTHISIE). Lorsqu'il s'agit de porter une certaine quantité de substance étrangère dans une incision, dit-il, celle-ci doit être étendue et profonde, et l'on a ainsi la complication d'une inflammation locale avec son retentissement sur le voisinage qui trouble l'appréciation de l'action du tubercule ou des autres matières sur l'organisme; sous tous les rapports, l'injection sous-cutanée est donc préférable. Elle offre les avantages incontestables de la méthode sous-cutanée en général, par rapport à l'irritation locale et, en outre, elle présente de bien

meilleures chances d'absorption que l'inoculation au fond d'une plaie. Il préfère même l'injection sous-cutanée de substances étrangères au corps à l'injection dans le torrent circulatoire, non à cause de la facilité plus grande de la petite opération — car on parvient très-vite à faire parfaitement l'injection dans les veines, — mais parce que, pour l'injection sous la peau, l'endroit de l'application est fixe, facile à contrôler, et que l'on peut ainsi bien plus facilement étudier les voies de propagation du principe morbide, que cela n'est le cas pour les injections faites dans le sang, pour lesquelles la coagulation, l'obstruction, la thrombose et l'embolie viennent si facilement compliquer l'action infectante d'un agent introduit du dehors. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Les raisons invoquées par le célèbre anatomo-pathologiste ne paraissent pas également admissibles. La faible quantité de matière susceptible d'être injectée sous la peau pourrait être aussi facilement déposée dans une petite incision, une piqûre même, dont le traumatisme serait sans réaction consécutive. L'avantage ici est donc plutôt en ce que le liquide est mieux renfermé dans une injection, et ne peut être enlevé ni sortir aussi facilement que dans une injection à ciel ouvert.

Inégalité des seringues. Devant l'usage croissant, général, universel, de la méthode thérapeutique des injections hypodermiques, il est juste que les moyens d'exécuter cette opération se vérifient, se perfectionnent en se simplifiant. C'est ainsi que M. le docteur Danis de Remiremont a établi par ses propres expériences, des différences dans la capacité des canules et le volume des gouttes qu'elles laissent échapper. Au lieu de quatre quarts de tour de piston qu'il faut, selon M. Béhier, pour emplir la petite canule et cinq pour la grosse, M. Danis a trouvé que deux quarts de tour suffisent à remplir la petite canule de la seringue qu'il possède, et qu'au troisième, la première goutte sort plus grosse que les suivantes ; qu'il n'en faut que trois pour la plus grosse. De là une première source de grave erreur, car on peut ainsi injecter plus de liquide que l'on ne veut, et quatre à cinq gouttes suffisent avec certains agents à produire les plus dangereux accidents.

Les mêmes différences existent entre le point du liquide, le nombre de gouttes et les tours de piston correspondant à leur issue, suivant que le pas de vis est plus ou moins gros. Il

s'ensuit donc qu'avant de se servir de cet instrument, il faut se rendre compte de la quantité de liquide contenu dans le corps de pompe; du nombre de quarts de tours nécessaires pour remplir les canules et de ceux qu'exécute le piston, ainsi que de tous les autres détails sans quoi l'on s'expose aux plus graves erreurs. (*Bull. de thérap.*, novembre.)

Aiguille à injection. Une aiguille creuse munie d'une coupole de caoutchouc à l'une de ses extrémités a été imaginée par le docteur Danet à cet égard. On fait ainsi le vide sur cette poche et un mécanisme fort simple permet de compter les gouttes que l'on veut y introduire. (*Acad. de méd.*, juillet.) —Voy. Cancer, Tumeurs.

On the speedy relief of pain and other nervous affections of the means of the hypodermic method (De la prompte disparition de la douleur et des affections nerveuses par les injections hypodermiques). par Ch. Hunter. 64 p. in-8°, Londres. Division en tableaux des médicaments selon leurs propriétés qui peuvent être employés par cette voie et les maladies qui en sont justiciables avec les exemples à l'appui. Répétition de ce qui a été fait en France par M. Jousset en 1865.

IRIDECTOMIE. Une nouvelle application en a été faite par M. Laroyenne dans les cas de hernie de l'iris à travers la cornée; accident rebelle et qui entraîne des récidives sans fin. L'excision de l'iris ainsi faite, loin du point hernié dans cinq cas, a amené le relâchement de l'iris et un soulagement rapide; bientôt toute trace d'inflammation disparut et le succès a été complet dans les cinq cas. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, juillet.)

IRIDOSCOPE. Ce nouvel instrument, dû à l'ingénieux R. Houdin, est un miroir de l'iris reposant sur ce principe que tout rayon lumineux traversant un liquide parfaitement pur produira sur la rétine un point lumineux parfait; mais si le liquide traversé renferme des corpuscules, ceux-ci se peindront sur la rétine. De même pour le liquide contenu dans l'œil. L'iridoscope se compose simplement d'une coquille de métal percé d'un trou ou diaphragme fort petit. On l'applique exactement sur l'œil. Si cet œil ne renferme que des milieux homogènes, si en un mot toutes ses parties constituantes sont

nettes, on aura seulement la sensation d'un point lumineux; sinon, toutes les parties de l'œil qui auront été altérées viendront se peindre sur la rétine. Ainsi on peut apercevoir les irrégularités de la cornée, les bords de l'iris, sa déformation, et toute altération des milieux que la lumière doit traverser pour aller se peindre sur la rétine et transmettre l'impression lumineuse au cerveau. La cataracte commençante se perçoit très-bien, car elle donne la sensation d'un point blanc opaque. Nul doute que cette invention ne rende de grands services quand elle sera perfectionnée.

J

JURISPRUDENCE. *Association médico-pharmaceutique.* En vertu d'un traité, le docteur X... donnait matin et soir des consultations gratuites dans un cabinet dépendant de l'officine du pharmacien B..., qui exécutait les ordonnances et en partageait ensuite le bénéfice net avec le médecin.

Ce commerce illicite et frauduleux, après avoir duré plusieurs années, en donnant 13 à 14 000 francs de bénéfice par an, prit fin en 1864 sur la proposition du pharmacien, moyennant une indemnité de 3000 francs pour la résiliation du contrat, acceptée par le médecin. Mais celui-ci, en apprenant ensuite que le fonds de pharmacie était vendu moyennant 22 000 francs, souleva la prétention, devant le tribunal de commerce, de faire annuler sa renonciation à la Société existante par suite de cette dissimulation et de partager ensuite le prix de la vente.

Mais la Cour impériale de Paris, deuxième chambre, après avoir visé les faits précédents, considérant :

« Que par cette convention, les parties ne manquaient pas seulement aux règles et aux devoirs de leur profession : le médecin, en faisant commerce de son art et en se créant un intérêt à prescrire des remèdes superflus; le pharmacien, en se prêtant à cette spéculation abusive, et en privant les malades du seul contrôle qui puisse prévenir le danger des préparations médicinales infidèles ou défectueuses; mais encore que *l'association était viciée dans son principe même, puisqu'elle reposait sur une combinaison frauduleuse, destinée à tromper le public par*

l'appât de consultations gratuites en apparence, et rétribuées en réalité;

» *Qu'il n'y a donc eu là qu'un pacte illicite radicalement nul,* et qui ne saurait servir de fondement à une action en liquidation et partage des bénéfices auxquels il a donné lien;

» Considérant d'ailleurs que les opérations de la Société de fait, qui a existé entre les parties, ont été liquidées à des époques successives; que l'appelant a, chaque fois, donné des reçus de solde, et que les manœuvres dolosives dont il se plaint pour revenir aujourd'hui sur ces reçus ne sont nullement justifiées;

» Met l'appellation et le jugement dont est appel à néant, et, statuant par jugement nouveau, déclare X... non recevable autant que mal fondé dans ses appel et demandes, et le condamne à tous les dépens. »

Association du médecin et du charlatan.

Le charlatan ou la somnambule qui se font assister d'un médecin, lequel signe leurs ordonnances, sont-ils, par cette précaution, mis à l'abri des poursuites d'exercice illégal de l'art de guérir, ou au contraire, le docteur ou l'officier de santé qui a donné ainsi son concours ne devient-il pas lui-même passible des peines édictées par la loi?

Cette dernière question est résolue affirmativement par Me Guerrier, d'après les considérations suivantes :

Aux termes de l'art. 36 de la loi du 19 ventôse, an XI, l'exercice illégal de la médecine est qualifié *délit*, et doit être dénoncé et poursuivi devant la police correctionnelle; mais la peine édictée, comme répression, est une simple amende pécuniaire envers les hospices, et, par suite, l'exercice illégal de la médecine reste une simple contravention. Si la loi de ventôse se sert du mot *délit*, c'est que cette expression générique « *délit* » s'appliquait alors même aux faits que le Code pénal de 1810 a qualifiés contraventions, et la compétence exceptionnelle, attribuée aux tribunaux correctionnels pour connaître de ces infractions à la loi, ne peut pas en modifier le caractère légal. La Cour de cassation, chambres réunies, l'a ainsi décidé par arrêt du 30 avril 1858, et cette interprétation doit être aujourd'hui considérée comme une loi, que les cours et tribunaux ont depuis ce jour appliquée presque sans exception.

Cette qualification est importante au point de vue de cette question; car aux termes des articles 59 et 60 du Code pénal,

il ne peut y avoir complicité qu'autant qu'il y a délit. Dès lors, on a souvent conclu que le médecin ou officier de santé, qui assistent un empirique, ne pouvaient pas être poursuivis, puisqu'il s'agit d'une contravention dont ils ne pouvaient pas légalement être complices. La jurisprudence a été longtemps hésitante; quelques arrêts et même un arrêt de cassation du 25 avril 1857 avaient déclaré que l'officier de santé ou le docteur, qui signent les ordonnances aveuglément et par une coupable complaisance, devaient être considérés et punis comme *complices;* mais c'était là une erreur en droit, que plusieurs décisions avaient repoussée avec raison, et de ce conflit était née une grande incertitude.

Il suffira à un empirique, disait-on, de se faire assister par un officier de santé pour rester impuni, et commettre librement les infractions à la loi. En effet, l'officier de santé ne court aucun risque, puisqu'il a le droit de signer les ordonnances et qu'il ne peut pas être déclaré *complice* de l'empirique; d'un autre côté, l'empirique lui-même est à l'abri, puisqu'il ne signe pas d'ordonnances (corps de délit) et que tout se fait sous la signature et la responsabilité d'un homme diplômé. Certaines Cours d'appel ont même jugé en ce sens, notamment la Cour de Limoges (arrêt du 7 mars 1856), mais c'est une fausse application et une confusion de principes.

Voici comment doit se résoudre la difficulté :

1° En ce qui concerne la somnambule, l'empirique, le charlatan, etc., qui se sont fait assister d'un homme diplômé, ils doivent être poursuivis et condamnés, malgré la présence du docteur ou de l'officier de santé, quand il est évident que la consultation est leur œuvre personnelle et que la présence d'un tiers n'est qu'une précaution prise contre la loi, n'ayant d'autre but que de les soustraire à son application. « Attendu (dit un arrêt de cassation) que les conditions d'études et de diplôme imposées au médecin constituent des garanties exigées dans l'intérêt de la santé publique, et des précautions prises à la fois contre l'ignorance du praticien et contre la crédulité du malade; qu'elles doivent donc se rencontrer dans la personne même de celui qui pratique *de fait* l'art de guérir; qu'il ne suffit pas que celui-ci, lorsqu'il est dépourvu de diplôme, place son exercice personnel sous la responsabilité d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé pour le légaliser. » Il ne saurait donc y avoir aucun doute vis-à-vis de l'empirique.

2° Il est regrettable, sans doute, d'avoir à constater que des officiers de santé, et même des docteurs en médecine, oubliant toute dignité personnelle, foulant aux pieds de la loi le respect et l'intérêt professionnels, se prêtent à de pareilles manœuvres et signent, sans contrôle, les ordonnances qu'on leur présente; mais, hélas! le fait existe, et il y a même la preuve que certains remettaient des blancs-seings à une somnambule.

Examinons, dans quelles limites, ils peuvent et doivent être poursuivis. Comme en matière pénale, les mots ont une grande importance, nous devons écarter le mot de *complice* dont on se sert dans le langage usuel; mais à côté du complice, se place le *coauteur*. « L'auteur du délit, dit M. Rauter, t. I, n° 110, est celui qui commet l'acte même du délit, selon la description du délit faite par la loi; ainsi, l'auteur du crime d'incendie est celui qui a mis le feu; celui qui a provoqué à cet acte n'est pas l'auteur de l'incendie; il en peut être l'auteur accessoire ou l'auteur moral, *auctor intellectualis*, mais il n'est pas l'auteur matériel ou réel. L'auteur du délit peut être *multiple*, c'est-à-dire plusieurs personnes peuvent être ensemble *auteurs* du délit; en ce cas, on les appelle *coauteurs* ou *auteurs par complicité;* ou bien aussi *complices*, dans le sens étendu du mot. » Or, si en matière de *contravention*, la loi n'admet pas des *complices* proprement dits, il n'en est pas de même des *coauteurs*, et les coauteurs d'une contravention sont tous également punissables. C'est là une règle formelle et certaine, et il suffit, croyons-nous, de l'énoncer pour en saisir l'importance et l'application dans le cas qui nous occupe. Quel est le rôle du médecin? Il signe l'ordonnance dictée par la somnambule ou l'empirique; cette ordonnance, exécutée, constitue l'exercice illégal de la médecine, donc, il participe directement à l'infraction à la loi et devient, par conséquent, *coauteur* de la contravention. Une objection est faite à cette conclusion : c'est, dit-on, un paradoxe inadmissible que de voir un médecin poursuivi pour avoir exercé la médecine.

Une pareille objection n'est pas sérieuse. Il est vrai qu'un médecin, dans la pratique de son art, est libre de recourir à tous les moyens qu'il croit propres à l'éclaircir, même au magnétisme, si bon lui semble; mais il faut toujours que ce soit lui, en définitive, qui juge et prescrive. Il ne peut s'abdiquer lui-même et borner son rôle à couvrir de son nom la pratique médicale d'un tiers au moyen d'approbations données de com-

plaisance et sans examen. Un pareil abus aurait pour résultat d'autoriser un médecin légalement reçu à se substituer qui bon lui semblerait dans la pratique de son art, au grand danger de la santé publique, et d'éluder de fait les sages prescriptions de la loi, en ce sens (Arrêt de cassation du 25 avril 1857).

En résumé donc, et en deux mots, la présence d'un médecin légalement reçu n'empêche pas le délit d'exercice illégal de s'accomplir, et le docteur ou l'officier de santé qui ont assisté l'empirique doivent être poursuivis et condamnés comme coauteurs de la contravention.

Quant à l'application des peines, elle doit, comme conséquence de la théorie précédente, être réglée par les articles 464 et suivants, et l'art. 483 du Code pénal, c'est-à-dire les peines édictées pour les contraventions, puisque la loi du 19 ventôse, an XI, ne prononce aucune peine spéciale, et qu'aucun délai exceptionnel n'est déterminé pour la récidive; on retombe sous l'empire du droit commun comme pour les contraventions ordinaires.

Cette solution est contraire à quelques arrêts; mais conforme aux vrais principes de droit, et s'appuie sur de nombreux monuments de jurisprudence et notamment sur un arrêt de la Cour de cassation du 18 août 1860, reproduisant les motifs déjà adoptés par l'arrêt des chambres réunies du 19 mars 1857. (*Union méd.*, n° 90.)

Cette judicieuse interprétation a été de nouveau appliquée par arrêt de la Cour de cassation du 3 mai 1866, chambre criminelle, dans le pourvoi de Colandre et Bennati, contre un jugement du tribunal de Lille. L'exercice illégal de la médecine, avec usurpation de titre, a été assimilé au délit et non à une contravention. Par application des articles 59 et 60 du Code pénal, Colandre, docteur en médecine, a été déclaré complice du délit d'exercice illégal de la médecine, commis par Bennati, auquel il avait prêté assistance.

Le débit de drogues médicamenteuses par un individu non muni du diplôme de pharmacien, l'annonce de remèdes secrets et la vente desdits remèdes ont été considérés comme constituant trois contraventions distinctes qui, quoique poursuivies simultanément, ont donné lieu à trois amendes distinctes.

Exercice illégal de la pharmacie. Le docteur C., de la Ferté-sous-Jouarre, où existent plusieurs officines, livrait et vendait

des médicaments de toute nature à ses clients non demeurant dans cette ville, ainsi qu'il est résulté des débats. Sur la plainte des pharmaciens de cette localité, le tribunal correctionnel, lui faisant application de l'art. 36 de la loi de germinal, l'a condamné à 50 francs d'amende, 300 francs de dommages et à tous les dépens. (*Union pharmac.*, janvier.)

Exécution testamentaire académique. En donnant à une Société savante la mission de distribuer des encouragements et des récompenses, un testateur lui accorde une confiance dont la pensée doit dominer l'exécution de l'acte testamentaire.

C'est l'esprit et non la lettre qui doit dominer dans l'exécution des clauses testamentaires, pour les conditions à remplir, les règles à observer.

Les conditions d'admission des prétendants à l'examen, comme l'examen lui-même, appartiennent sans contrôle au corps savant institué à cet égard juge souverain.

Les prétendants n'ont jamais le droit d'en appeler de ces décisions devant la justice ordinaire.

Les héritiers de l'auteur de la libéralité peuvent, comme ses représentants, surveiller l'exécution du testament.

Ainsi l'ont jugé les tribunaux français en première instance et en appel sur une réclamation formée contre l'Académie de médecine de Paris, à propos du prix d'Argenteuil.

Capacité d'hériter. L'unification législative de l'Italie, basée sur la justice, l'égalité, la liberté, a inauguré, dans la plupart des anciens États, des modifications telles dans les droits et les devoirs légaux des médecins que des progrès réels vont en résulter dans leur position sociale et professionnelle. Ainsi la capacité de recevoir de leurs malades par testament, que par une suspicion injurieuse et systématique pour une classe entière des plus honorables citoyens, la loi leur avait enlevée comme en France, leur a été restituée. Considérant cette exclusion au droit commun comme une mesure de défiance sans motifs à leur égard, les jurisconsultes préposés à la rédaction du nouveau code civil italien, ainsi que le sénat, ont aboli cette incapacité, rendant hommage par ce changement au principe de liberté. Cette réhabilitation est le gage pour les médecins italiens d'une nouvelle ère de prospérité qu'ils devront à l'unité et à la liberté de leur pays.

JURUBEBA. On appelle de ce nom, au Brésil, le *Solanum paniculatum* de la famille des Solanées, qui y croît en abondance sous forme d'arbuste ou d'arbrisseau assez élevé. Il est beaucoup employé, sous les diverses formes pharmacologiques, contre les fièvres intermittentes, les affections du foie, de la rate, les catarrhes de vessie, l'anémie, la chlorose, l'hydropisie et la menstruation difficile.

Comment se former, d'après cela, une idée sur son action? C'est donc aux praticiens à l'expérimenter. On trouve cette plante à l'état de feuilles, de fruits et de racines. Celles-ci sont longues de 10 à 50 centimètres sur 12 centimètres de circonférence, hérissées de radicelles et de radicules dures, serrées, dont on prépare un extrait d'une amertume très-prononcée. Les tiges sont longues, grêles, hérissées d'aiguillons très-pointus avec des feuilles vertes sans odeur ni saveur. Fruits d'une amertume très-prononcée. (*Bull. de thér.*, janvier.)

K

KYSTES. **Kyste de l'ovaire.** C'est surtout dans le cas de liquide visqueux et filant que M. Martineau croit indispensable d'obtenir des adhérences entre les parois du kyste et de l'abdomen, pour pratiquer des ponctions et des injections consécutives, sans danger d'épanchement du liquide dans le péritoine. Il rappelle, à propos d'un cas de ce genre, le procédé de son maître, M. Trousseau, consistant à introduire dans un espace mesurant de 6 à 7 centimètres de diamètre, une quarantaine d'aiguilles d'acier, préalablement détrempées. à la distance de 3 à 4 millimètres environ l'une de l'autre. L'aire d'inflammation survenant autour de chaque aiguille est au moins de 2 millimètres, et il suffit qu'il en soit ainsi pour que le péritoine s'enflamme dans toute la surface piquée. On laisse ces aiguilles en place pendant quatre jours, afin de donner le temps aux adhérences de s'établir ; puis on les enlève, et s'il n'y a pas urgence à pratiquer la ponction du kyste, on attend quatre à cinq jours pour permettre aux adhérences de s'établir solidement. Au bout de ce temps, on peut, sans crainte d'accidents, faire la ponction. M. Trousseau la fait précéder d'une petite incision à la peau, afin que, dans le mouvement brusque néces-

sité pour enfoncer le trocart, on ne soit pas exposé à rompre quelques adhérences du kyste.

Un des avantages de ce procédé sur tous les autres préconisés pour établir des adhérences entre un kyste, soit de l'ovaire, soit du foie et les parois abdominales, est celui d'être plus prompt, selon M. Martineau. En quatro jours, s'il y a urgence, les adhérences sont assez solides pour permettre de pratiquer sans crainte la ponction du kyste; tandis que dans les autres procédés, application seule do potasse caustique ou application combinée avec l'incision préalable des tissus, il faut attendre un temps plus long. N'aurait-il que ce seul avantage qu'il suffirait pour le faire adopter.

Obtenir la rétraction du kyste étant le but principal que l'on se propose, il est important de bien fixer le siége des adhérences. Il n'est pas indifférent de les établir à droite ou à gauche, car si le kyste, s'étant développé dans l'ovaire gauche, vous faites contracter des adhérences du côté droit, le kyste ne peut revenir sur lui-même, retenu qu'il est par des adhérences solides, et, de plus, vous vous trouvez en présence d'une vaste poche purulente qui, malgré toutes les précautions pour la laver et la vider, sera un foyer d'intoxication, intoxication à laquelle la malade ne pourra résister longtemps. Ainsi donc, la première question que doit se poser l'opérateur est celle de savoir quel est le point de départ du kyste; car, si celui-ci s'est développé dans l'ovaire gauche, il devra faire naître les adhérences du côté gauche; du côté droit, pour le kyste ovarique droit. Malheureusement, cette recherche n'est pas toujours facile : d'abord, il n'existe aucun signo, si ce n'est tout à fait au début de la maladie, qui puisse permettre de dire que la tumeur s'est développée dans tel ou tel côté; ensuite, parce que la malade ne peut, la plupart du temps, fournir aucun renseignement, et que, même parfois, elle en donne de faux, en disant que la tumeur s'est développée du côté droit, tandis quo l'autopsie démontre que le point de départ réside dans le côté gauche. C'est ainsi que, dans le cas actuel, M. Trousseau, vu le développement exagéró du kyste, ne pouvant se rendro compte du point où il avait débuté, a été obligé de s'en rapporter au dire de la malade, qui, à plusieurs reprises, a soutenu que la tumeur avait commencé à apparaître dans le côté droit. Aussi a-t-il choisi ce côtó pour établir des adhérences. Malheureusement, le dire de la malade était faux,

ainsi que l'autopsie est venu le démontrer, le kyste s'étant développé dans l'ovaire gauche. Dès lors, on avait la clef de tous les accidents putrides auxquels cette malade avait été en proie, accidents qui avaient précipité la terminaison fatale. Aussi, cette terminaison malheureuse n'infirme-t-elle en rien l'opération; elle montre seulement qu'il est nécessaire, pour son succès, de s'assurer, autant que faire se peut, du point où a débuté la tumeur, car il ne saurait être indifférent de ne point s'en préoccuper. (*Union méd.*, n° 127.)

Kyste de l'épigastre. Il s'agit d'une tumeur survenue spontanément à la suite de vomissements et de douleurs gastralgiques, sans trouble ni altération de la santé générale. A l'entrée du malade à l'hôpital, le 26 janvier, dans la clinique du professeur H. Gintrac, cette tumeur s'étend de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, et mesure 16 centimètres transversalement, et 20 centimètres d'un hypochondre à l'autre, avec saillie en avant de 6 centimètres environ. Indolente, lisse, arrondie, mobile, sans adhérences musculaires ni changement de couleur à la peau, elle donne une matité absolue, avec sensation de fluctuation profonde, soulevée en masse par des battements isochrones au pouls, sans mouvements d'expansion ni bruit de souffle; elle se montre indépendante du foie et de la rate par la palpation.

Dès le 7 février, des vomissements d'un liquide verdâtre se montrent avec affaissement et profonde altération des traits; la tumeur est très-sensible à la pression, et ces accidents vont en augmentant jusqu'au lendemain, où, à sept heures du soir, le malade vomit à deux reprises 800 grammes environ d'un liquide verdâtre qui met fin à toute souffrance et amène la guérison définitive. (*Soc. des hôpitaux de Bord.*, mars.)

Une observation analogue, mais n'ayant pas le mérite, comme la précédente, d'une description clinique, précise, complète, a été signalée à la Société médicale de l'Aisne, par M. le docteur Péteaux. Il s'agit d'une tumeur assez volumineuse de l'épigastre survenue à la suite d'une violente contusion faite par un cheval. Un mois après, à la suite de coliques assez violentes, ce voiturier vomit 2 litres environ d'un liquide grisâtre et en rendit autant le surlendemain par les selles, après quoi la tumeur disparut ainsi que les autres symptômes morbides, et le malade se rétablit. (*Bulletin* n° 1.)

Kystes hydatiques. — Voy. Foie.

L

LACRYMOTOME. Une des causes les plus fréquentes de l'inflammation du sac, dit M. Galezowski, est le rétrécissement du canal nasal au point où il communique avec le sac. Si, par la méthode de Bowman, on peut franchir les rétrécissements, la guérison n'est malheureusement pas toujours radicale, et les rétrécissements peuvent se reproduire dès qu'on a cessé d'introduire les sondes. Appliquant à ces rétrécissements la méthode employée contre ceux de l'urèthre, il propose d'inciser préalablement le point rétréci. Il fit exécuter dans ce but un lacrymotome caché, qui, de même que les uréthrotomes, ne coupe que dans un endroit bien circonscrit, et peut être ensuite retiré du sac lacrymal sans blesser ni couper les parties saines.

Il se compose d'une canule très-fine, grandeur naturelle, dans laquelle glisse une lame, mue par un levier qui la fait avancer sur un plan incliné métallique, et la fait sortir.

Une petite seringue avec une longue canule, grandeur naturelle, est destinée à des injections du canal nasal et du sac lacrymal ; la canule est percée de trous ou de petites fentes dans toute sa longueur, et bouchée à son extrémité ; en poussant le bouton de la seringue graduée, on fait sortir le liquide par toute la surface de la canule et le canal dans lequel elle est introduite se trouve ainsi lavé.

Ces deux instruments ont déjà été appliqués avec succès sur des malades de la clinique de l'auteur. (*Acad. de méd.*, nov.).

LAIT. Si l'usage de la diète lactée, en thérapeutique, est de tous les temps, et a dû être surtout employée aux périodes exclusivement empiriques de la médecine, il faut reconnaître, qu'en raison même de l'obscurité de son action, elle a été très-délaissée, négligée dans ces dernières années, sous le règne des doctrines anatomo-pathologique, chimico-physiologique, positiviste, cellulaire, microscopique. On ne pouvait être satisfait de ces explications vagues, auxquelles on est obligé de recourir, pour se rendre compte des bienfaits de cette méthode thérapeutique. Mais la réaction se faisant dans les esprits, ceux-ci ont abandonné les théories préconçues pour s'en tenir aux résultats positifs, évidents, et dès lors la diète lactée tend

à revenir à la mode comme les eaux minérales, les bains médicinaux, l'hydrothérapie et tant d'autres méthodes générales de traitement, dont il est plus facile de voir, de constater les bons effets que de les expliquer, car parler de modifications organiques, constater même des changements dans les sécrétions, ce n'est pas expliquer l'action directe de ces différentes médications.

Quoi qu'il en soit, à un premier mémoire sur la *diète lactée*, par un des disciples de l'école de Montpellier (voy. Cœur), le docteur Karell, médecin ordinaire de l'empereur de Russie, en a ajouté un second sur la *cure de lait*, dans différents cas pathologiques dont il rapporte les observations recueillies, soit par lui, soit par d'autres médecins distingués, et notamment le professeur Niemeyer, de Tubingue. C'est ainsi que dans une thèse soutenue en 1864, devant la Faculté de médecine de cette ville, par M. le docteur Schmid, ayant pour titre : *Emploi exclusif du régime lacté dans la maladie de Bright*, quatre observations sont relatées *in extenso*, dont trois suivies de guérison. Il serait donc sans objet de les rapporter ici, non plus que celles du médecin russe, d'autant moins que le diagnostic en est vague, indéterminé dans la plupart des cas, et qu'ils n'ont que peu ou pas de rapports entre eux. Il suffira de relater en détail la méthode du médecin russe.

« Je commence généralement la cure, dit-il, en employant le lait *seul*, et en défendant *toute autre nourriture*. Je procède avec beaucoup de précaution, en prescrivant au malade, trois ou quatre fois par jour, et à des *intervalles rigoureusement observés*, un demi-verre ou un verre plein (2 à 6 onces = 60 à 200 grammes) de lait écrémé. La température doit être conforme au goût des malades. En hiver, ils aiment généralement le lait tiède, chauffé au bain-marie, c'est-à-dire en plaçant le verre ou la tasse dans une coupe remplie d'eau chaude; en été, ils le préfèrent égal à la chaleur tempérée des appartements. Ils ne doivent pas boire tout d'un trait, mais lentement et à petites gorgées, pour que la salive s'y mêle suffisamment.

» Il va sans dire que le lait doit être de bonne qualité. Celui des vaches de ville réagit ordinairement d'une manière aigre ; mais celui des vaches nourries à la campagne vaut mieux, parce que sa réaction est presque toujours sans effet appréciable.

» Si le malade digère bien le lait, ce qui se prouve par des selles solides, j'augmente peu à peu la dose. La première semaine est la plus difficile à passer, si le malade n'a pas une ferme volonté et l'intime conviction d'obtenir sa guérison. On arrive presque toujours, pendant la seconde semaine, à deux bouteilles par jour.

» Si la cure a pris son cours régulier, on boira le lait quatre fois par jour, à huit heures du matin, à midi, à quatre et à huit heures du soir. Si le malade le désire, on peut changer les heures, mais j'insiste sur l'observation des intervalles. Le malade est alors préservé de réplétion. Il peut après quatre heures consulter son appétit, et convaincu désormais de faire une cure sérieuse, il en suivra les prescriptions plus exactement. Cela n'arriverait sans doute pas si le médecin lui disait : « Buvez du lait quand vous voudrez et autant que vous en voudrez. »

» En obéissant aux indications du médecin, les malades ne se plaignent jamais, ni de la faim, ni de la soif, quoique les premières doses leur paraissent minimes. Si, au lieu de quatre tasses de lait écrémé, la personne atteinte d'une maladie grave buvait quatre grands verres d'un lait provenant immédiatement de la vache, on peut être sûr qu'elle ne le digérerait pas, et sa confiance dans ce régime se trouverait ébranlée dès le commencement.

» Je fus consulté, il y a six ans, par l'épouse du général B... qui souffrait depuis quatre mois de vomissements et de diarrhée passés à l'état chronique. Ce mal était réputé une gastro-entérite chronique. La malade était extrêmement amaigrie, et le foie avait subi la transformation graisseuse. Elle avait souffert longtemps d'hémorrhagies internes. Dans une consultation, avec deux praticiens expérimentés, je proposai la cure du lait comme « *refugium unicum* ». On répondit : « Nous l'avons essayé à plusieurs reprises et madame ne le supporte pas. » — Mais ayant su que la malade avait bu le lait à grandes doses, plusieurs fois par jour, en prenant des bouillons et d'autres aliments légers, j'ordonnai du lait écrémé trois fois, et à quatre cuillerées chaque fois le premier jour, mais rien, absolument rien que cela. Dès ce moment, les vomissements cessèrent, et la diarrhée même disparut dès le troisième jour. Les évacuations alvines se formèrent et gagnèrent une densité normale, telle que la malade n'en avait point connu de pareille depuis des années. A la fin de la seconde semaine, elle pouvait

digérer sans inconvénient deux bouteilles de lait par jour. En résumé, elle se rétablit définitivement, et vécut encore plusieurs années.

» On aurait tort de croire qu'un tel effet puisse généralement se produire rien que par l'emploi de petites doses alimentaires. J'ai mis des malades à petites doses, au bouillon, au pain blanc et à l'eau ; cependant je n'ai point recueilli de ce traitement les mêmes résultats satisfaisants. Les effets n'étaient jamais aussi concluants dans la cure lactée, si j'avais permis d'ajouter au lait quelques autres aliments pour le dîner. Quelquefois, lorsque les malades étaient déjà arrivés à dix ou douze verres par jour, j'ai constaté une recrudescence de leurs maux. Je devais alors reprendre la cure à nouveau en prescrivant les petites doses.

» Dans le commencement, le malade est souvent constipé, ce que je considère comme de bon augure. La résorption des parties fluides du lait s'étant opérée, et le malade ne prenant pas d'autre boisson faute de soif, les évacuations alvines sont compactes et très-dures. On peut y remédier par des lavements d'eau simple, par l'huile de ricin, par un peu de rhubarbe. Les personnes qui souffraient de flatuosités s'en trouvaient bientôt débarrassées dans cette cure. Si la constipation est opiniâtre, je fais ajouter le matin, dans le courant de la cure, un peu de café à la dose de lait ou, vers quatre heures, des pruneaux cuits ou une pomme grillée. Si des borborygmes ou la diarrhée surviennent, c'est que le lait était trop gras, ou que la dose était trop forte. Si la diarrhée ne provient pas d'exulcérations du tube intestinal, elle se guérit facilement par le régime rigoureusement observé.

» La fièvre n'est pas une contre-indication pour la cure.

» Si le malade a soif, je lui permets de l'eau simple ou de l'eau de Seltz naturelle. S'il a un désir prononcé de prendre des aliments plus solides, je lui permets, dans la deuxième ou troisième semaine, un peu de pain blanc rassis avec du sel, ou un petit morceau de hareng salé. Vers les quatre heures, temps habituel de son dîner, le malade pourra prendre, comme le matin, un peu de pain blanc rassis. Au lieu de lait pur, je lui donne alors une fois par jour une soupe au lait et au gruau. Après une telle cure, continuée pendant cinq ou six semaines, on peut la modifier selon les circonstances, en ne donnant du lait que trois fois, et en y ajoutant un dîner

conforme au but qu'on se propose ». (*Arch. de méd.*, novembre.)

LARVES. *Chloroforme et éther.* Un jeune médecin distingué de la marine, M. le docteur Coquerel, a décrit un diptère sous le nom de *Lucilia homini vorax*, qui, à la Guyane et à Cayenne, cause des accidents mortels, en déposant ses œufs dans les narines de l'homme pendant son sommeil. Une infinité de larves en est rapidement la conséquence, qui, en envahissant par centaines les fosses nasales, les sinus frontaux, déterminent des accidents mortels après huit, dix à douze jours au plus. Sur 5 cas bien caractérisés, 4 furent mortels. Aussi, notre généreux confrère déplorait-il l'impuissance à peu près radicale de la science pour conjurer ces accidents, sinon par la trépanation des sinus frontaux, qui est un moyen extrême.

Plusieurs années après, les chirurgiens militaires français observaient, durant l'expédition du Mexique, des accidents semblables dus à la piqûre d'une mouche qui, par ses reflets brillants, d'un bleu foncé et violacé, ressemble à la *Musca carnaria*. Selon la remarque de M. Thomas, l'un d'eux, les individus atteints d'ozène, ou ayant le nez malpropre, y sont prédisposés. Petites, et d'abord d'un blanc opaque, fusiformes, ces larves grossissent rapidement et atteignent environ 15 millimètres de longueur. Quatre fois elles siégeaient dans les fosses nasales, exhalant une odeur désagréable, et une fois dans le masséter gauche, chez un grenadier de la légion étrangère, ayant un petit furoncle sur la partie correspondante. En moins de trois jours, elles avaient produit, dans ce dernier cas, une ulcération plus large qu'une pièce de 2 francs, perforant le masséter jusqu'à l'os et envahissant déjà la région parotidienne, Dans le nez, elles détruisent la muqueuse, réduisent rapidement en bouillie tous les tissus, dénudent et perforent les cartilages, et mettent à nu les os, qui ne tardent pas à se nécroser.

Un vermicide contre ce dangereux parasite était donc vivement à désirer. Après une foule d'essais et d'expériences infructueux, M. Dauzats, pharmacien aide-major à l'hôpital de Cordova, assisté de M. Jacob, médecin aide-major, découvrit l'action destructive du chloroforme, qui fut dès lors employé en inhalations et en injections avec le plus grand succès. Tous les malades chez lesquels on l'a employé ont guéri comme par enchantement. Sur 7 cas, un seul fut fatal en raison des ravages

effrayants que faisaient les larves depuis huit jours dans le nez et le pharynx lorsqu'on l'employa. M. Jacob en rapporte un huitième où 220 larves furent expulsées par ce moyen.

Si les inhalations suffisent à faire détacher et tomber ces larves en grande quantité, il est toujours prudent de recourir aux injections avec parties égales de chloroforme et eau. Elles détruisent presque instantanément celles qui se sont introduites profondément, et peuvent être considérées comme infaillibles à cet égard. (*Mém. de méd. et chir. milit.*; décemb. 1865 et juillet 1866.)

Comme succédané, M. le professeur Jarjavay a eu recours à l'éther sulfurique dans un cas analogue qui s'est offert à l'hôpital Beaujon. Le malade accusait de vives douleurs dans l'oreille gauche, s'irradiant dans le front, l'arcade sourcilière, la tempe et l'apophyse mastoïde, avec céphalalgie, larmoiement, crampes et fourmillements dans les bras, tremblements dans les jambes, nausées. Après avoir constaté la présence de deux larves dans le conduit auditif externe, le chirurgien y instilla quelques gouttes d'éther, qui suffirent à faire tomber une centaine de larves sur l'oreiller pendant la nuit.

A la visite du lendemain, de grosses larves du *Musca carnaria* grouillaient encore au fond du conduit. Des injections suffirent à les détruire, mais on découvrit la perforation du tympan expliquant la persistance des douleurs, que l'usage des émollients fit bientôt cesser. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Si ce dernier fait a pu se produire avec succès en France, à l'insu peut-être des précédents, on voit qu'il n'est pas inutile de les faire connaître, puisqu'ils peuvent s'y répéter, afin que chaque praticien connaisse le moyen spécifique pour la destruction de ces larves.

LARYNGOSCOPE. Le meilleur moyen d'obtenir la tolérance de la luette et de la muqueuse du pharynx, dans l'application de cet instrument, selon M. Guinier (de Montpellier), est de régler la respiration et de la faire aussi ample et rhythmée que possible. On éviterait sûrement ainsi les nausées et les vomissements qui en sont si souvent la conséquence. Outre les preuves cliniques qu'il en a observées, il invoque ce qui se passe dans la toux spasmodique de la coqueluche et de la phthisie. Mais ces faits sont-ils similaires? Il semble que l'au-

teur a trop induit d'après son propre exemple, comme il l'avait fait pour la physiologie de la déglutition, en 1865.

Luxation du maxillaire inférieur. Cet accident pourrait se produire, suivant le même auteur, par l'exagération graduelle ou brusque de la projection en bas et en avant que l'emploi de cet instrument nécessite de la part de la personne examinée pour favoriser l'examen. Une femme tuberculeuse, de trente-huit ans, l'aurait même présenté deux fois, à un mois d'intervalle, pendant la pratique de cautérisations intra-laryngées. En provoquant la préoccupation du malade et des assistants, il mérite d'être connu du médecin. Il semble résulter de l'action exagérée du muscle ptérygoïdien externe, conformément à la théorie de Boyer. (*Gaz. méd. de Lyon*, avril.)

Il convient, toutefois, de ne pas exagérer le danger. Après la longue pratique du laryngoscope, sans que pareil accident soit arrivé, il est permis de le regarder comme tout à fait exceptionnel, et dû, peut-être, à une exagération du mécanisme requis pour l'examen laryngoscopique. La laxité des articulations chez la femme et la distension des ligaments articulaires, surtout chez une tuberculeuse, l'expliquent bien mieux que l'emploi normal de ce nouveau et précieux moyen de diagnostic.

LARYNX. *Insufflateur.* Afin de porter sûrement dans la cavité du larynx et celle des fosses nasales des poudres médicamenteuses, M. Guinier a fait exécuter , par M. Mathieu, un tube double, coudé à son extrémité antérieure, et muni d'une poire de caoutchouc à l'autre pour faire office de soufflet. La poudre étant déposée dans une capsule, ouverte dans la paroi même du tube, il suffit de placer convenablement cette extrémité gutturale en haut, en bas, ou latéralement, et presser sur la poire-soufflet pour que cette poudre s'éparpille en nuage. (*Acad. de méd.*, mai.)

Porte-caustique. C'est une tige métallique, coudée à angle droit, pourvue d'un manche et recouverte, dans toute son étendue, d'une gaîne aussi métallique. Le caustique solide ou liquide, au moyen d'une éponge, étant placé sur la tige, la gaîne le recouvre au moyen d'un curseur placé dans le manche, et l'instrument, ainsi introduit, le caustique est découvert à l'endroit voulu. (*Acad. de méd.*, mai.)

Un instrument analogue a été fabriqué en Angleterre pour les polypes laryngions, sur le modèle de la sonde courbée et à brisure de M. Galante, et la pince-fenêtrée également courbe de M. Mathieu. Rien n'est donc bien original dans cet instrument.

Fracture du larynx. — Voy. FRACTURES.

LIPOME. Il peut présenter les caractères diagnostiques des kystes : la fluctuation et la crépitation. Une tumeur multi-lobée de la paume de la main, chez un homme présenté par M. Boinet, fut ainsi prise pour un kyste, d'après ces deux caractères qu'elle présentait, tandis que l'extirpation montra un lipome. Dans le doute, une ponction exploratrice est donc nécessaire. (*Soc. de chir.*, mai.)

LITHOTRITIE. *Nouveau lithotriteur.* La courbure brusque et presque à angle droit de l'ancien étant un empêchement, un obstacle à son introduction dans la vessie, et la longueur égale de ses mors courts et plats favorisant le pincement de la muqueuse, M. le docteur Colson en a fait construire un autre, par MM. Robert et Collin, qui évite ces deux inconvénients. La forme et la courbure se rapprochent des grosses sondes de Mayor avec une extrémité vésicale moins longue, l'extrémité de la branche femelle ayant 1 centimètre de long de plus que la branche mâle, afin que le plus long des mors protége toujours la vessie, en lui formant un soutien et un point d'appui.

Six opérations, exécutées avec cet instrument, répondent de sa valeur, surtout pour les calculs durs d'acide urique, qu'il a réussi à écraser parfaitement. (*Bull. méd. de l'Aisne*, n° 2.)

LUXATIONS. *Synonymie.* M. le docteur Mignot-Danton trouve de l'inexactitude dans les dénominations usitées en : dedans, au dehors, en avant, en arrière, en haut, en bas ; car, dit-il, c'est souvent l'os le plus rapproché du tronc qui a exécuté le mouvement, et qui s'est luxé sur le plus éloigné. Dans beaucoup de cas aussi, les deux os ont fait chacun un mouvement opposé, sans que l'on puisse déterminer quel est celui qui s'est luxé sur l'autre. Pour donner une idée plus nette et exacte du mécanisme de la luxation, il propose de remplacer les mots usités par ceux de *luxation réelle*, quand l'os supérieur est luxé sur l'inférieur ; *luxation de position*, quand il y aura un léger

mouvement d'opposition de celui-ci sur celui-là, et *luxation mixte*, quand ce mouvement d'opposition est très-marqué. C'est ainsi qu'il s'en est servi dans ses *Études sur les luxations du métatarse*. (*Arch. de méd.*, octobre.)

Nouvelle méthode de réduction avec le caoutchouc. Après des tentatives vaines par les moyens ordinaires chez un journalier de vingt-sept ans, M. Anger essaya l'extension prolongée à l'aide d'un fort tube de caoutchouc agissant en vertu de son élasticité propre, pour mieux lasser la résistance musculaire. La contre-extension étant pratiquée comme d'habitude, le tube élastique fut passé dans l'anse du drap extenseur et roulé ainsi graduellement quatre fois autour de cette anse. A ce degré, le patien à bout de forces et vaincu de fatigue, la tête de l'humérus avait quitté sa position sous-claviculaire et était descendue dans l'aisselle. Il suffit de faire la coaptation pour une réduction immédiate.

Qu'il suffise de dire, dès maintenant, que la tension du caoutchouc doit être proportionnelle à la résistance du sujet, c'est-à-dire à sa force, à son âge, à son sexe. Quatre tubes de la grosseur du petit doigt, de 15 centimètres de long, distendus de façon à doubler leur longueur, ont largement suffi, dans le cas précédent, sur un sujet athlétique et à une luxation très-complète. Il faut enfin calculer la puissance de l'extension, de façon à obtenir le relâchement musculaire complet en quinze ou vingt minutes.

Sans prévoir l'avenir de cette méthode, nous croyons que le principe vrai sur lequel elle est fondée consiste à relâcher les muscles en épuisant leur contractilité, comme on les relâche en donnant le chloroforme. Tous les chirurgiens ne savent-ils pas que tous les anciens procédés de réduction se valent, ou plutôt qu'il n'y en a plus depuis l'invention du chloroforme, c'est-à-dire depuis qu'on a appris à supprimer les résistances des muscles.

Malheureusement, le chloroforme est un agent aussi dangereux que puissant, et ce sera notre excuse d'avoir cherché à le remplacer par un moyen aussi sûr qu'inoffensif. (*Gaz des hôpit.*, n°s 75 et 79.)

Sans doute, on peut parvenir au même but par les procédés anciens, les tractions directes, les moufles, etc., etc. ; mais on n'y parvient ni si sûrement, ni sans douleur.

Tous ces procédés sont plus ou moins barbares et brutaux, ils exigent des aides nombreux, ils effrayent les malades, et comme ils sont tous plus ou moins intermittents, ils provoquent des efforts violents de réaction et souvent une résistance insurmontable.

L'emploi du caoutchouc est essentiellement un procédé de douceur; rien d'effrayant, rien de douloureux dans son application. La seule chose dont se plaint le patient est une sensation de fatigue et d'épuisement, et c'est le moment qu'on doit choisir pour faire la coaptation.

Outre qu'il annule la résistance des muscles, ce procédé a l'avantage, dans le cas présent, de dégager la tête de l'os, qui peu à peu descend au-dessous de l'apophyse coracoïde et vient faire saillie dans l'aisselle.

Il resterait à déterminer la quantité de traction nécessaire pour obtenir l'épuisement musculaire.

Luxations congénitales. M. Verneuil trouve cette dénomination inexacte aussi bien que celles de *spontanées*, *originelles*, en ce qu'elles se produisent parfois après la naissance, et qu'un travail pathologique en prépare toujours la production. En les rapprochant de la paralysie dite essentielle de l'enfance, il pense qu'un certain nombre de ces déplacements du fémur sont dus à la paralysie plus ou moins complète des muscles entourant l'articulation de la hanche, notamment des pelvi-trochantériens et des fessiers, d'où la dénomination proposée de *luxation paralytique du fémur* comme devant remplacer les précédentes. Mais M. Bouvier n'a jamais constaté cette paralysie; il met donc des réserves à cette nouvelle étiologie, et d'ailleurs, comme l'a fait remarquer judicieusement M. Trélat, cette variété méconnue fût-elle réelle, qu'elle ne remplacerait pas celle des luxations congénitales, bien reconnue et admise; il faudrait l'ajouter à la suite, et voilà tout. (*Soc. de chirurg.*, juillet.)

Luxation du cristallin. DIAGNOSTIC. Une tumeur formée sur un point quelconque du globe de l'œil, ordinairement en dedans, arrondie à sa base, transparente, ayant la forme du cristallin et offrant une pointe mousse à la partie supérieure qui soulève la conjonctive, en est évidemment le signe le plus saisissant. Joignez-y l'épanchement dans la chambre anté-

rieure et la forme elliptique de la pupille allongée dans son diamètre transversal, et l'on aura l'ensemble des caractères indiqués par les auteurs comme propres à ce déplacement.

A propos d'un fait observé et présenté par lui à la *Société de chirurgie*, M. Tillaux considère la déformation spéciale de l'œil, résultant de la rupture de la sclérotique et de la luxation du cristallin, qui la constituent essentiellement, comme des signes bien plus certains. Cette déformation, beaucoup plus appréciable quand les paupières sont fermées que quand elles sont ouvertes, consiste dans une différence notable de la saillie de l'œil lésé; la paupière supérieure a perdu de sa convexité; elle a un aspect ridé et plissé, et le sillon orbito-palpébral est plus déprimé, plus creux du côté malade que du côté sain. Tels sont les nouveaux caractères constatés par M. Tillaux sur son blessé, et qu'il croit pouvoir étendre à tous les cas de luxation sous-conjonctivale du cristallin comme préférables à la tumeur souvent masquée par des épanchements sanguins qui en troublent la transparence. (*Soc. de chir.*, octobre.) Si ces signes sont constants, leur constatation ne peut qu'aider efficacement au diagnostic de cette lésion rare et encore peu connue de la plupart des praticiens.

Luxation du maxillaire supérieur. .—V LARYNGOSCOPE.

Luxation de l'extrémité scapulaire de la clavicule. *Muscle deltoïde artificiel.* Marie Bergin, quarante ans, se présente au dispensaire de l'hôpital de Dublin, le 24 juin dernier, avec tous les symptômes d'une luxation externe de la clavicule droite, résultat d'une chute faite la veille. Le bras correspondant pend immobile sur le côté. Un bourrelet est placé dans l'aisselle et l'avant-bras mis en écharpe. Puis de larges et longues bandes de diachylon sont placées dans l'ordre suivant : l'une, du côté du cou, descend le long de la grande division antérieure du deltoïde; une autre, insérée à la base de l'omoplate, passe de la fosse sus-épineuse sur la terminaison acromiale, en recouvrant la portion moyenne du deltoïde au-dessous de son insertion à l'humérus, tandis qu'une troisième, partant de la même base du scapulum, recouvre la troisième grande division postérieure dudit muscle. Ces grandes bandelettes sont reliées entre elles par de plus petites, et leurs intervalles en sont remplis, de manière à former une véritable cuirasse sus-

scapulaire supportant le membre et en permettant graduellement l'usage, de manière que cette femme en avait recouvré entièrement l'usage un mois après l'accident, sans autre appareil que ce *deltoïde artificiel.* (*Medical Press*, n° 32.)

Nouveau bandage contentif de la luxation sus-acromiale. M. le professeur Bitôt, de Bordeaux, pour prévenir le déplacement consécutif des luxations de l'extrémité externe de la clavicule, établit un bandage ordinaire autour du thorax, puis une attelle de bois large de deux travers de doigt enveloppée d'ouate et de linge fixé recouvrant l'acromion et la plus grande partie de la clavicule ; il décrit quatre à six circuits verticaux avec une longue bande, dont les extrémités embrassent la clavicule et l'attelle, en haut et en bas, le dessous de la cuisse correspondante. Cela fait, un coussinet étant placé sous l'aisselle, on fixe la main vers la partie supérieure du sternum en la plaçant entre les couches de la bande que l'on coud ensemble en la réunissant au bandage de corps. Un scapulaire de tissu élastique est tendu sur la clavicule luxée et fixé de même au bandage de corps recouvert en partie par une autre serviette maintenant le coude contre le thorax. (*Journ. de méd. de Bord.*, février.)

A l'objection de la gêne, de l'incommodité du sous-cuisse, que l'on a proposé de remplacer par un caleçon, on peut ajouter l'étonnement que l'on éprouve qu'un tel bandage ait pu être gardé soixante jours sans se relâcher, se déranger. Il a fallu un blessé modèle. Aussi bien, le principe étant admis, on pourra y apporter des perfectionnements qui le vulgariseront en le rendant plus simple et moins incommode.

Luxations phalangiennes. *Attelles plâtrées.* Nouvelle application de ce contentif simple faite par son principal défenseur en France, M. Herrgott, de Strasbourg. Deux succès exhibés devant la Société de médecine témoignent de sa facilité d'emploi et de son efficacité. Contre une subluxation du premier métacarpien sur le trapèze, le pouce étant mis dans une extension et une adduction forcées, il suffit d'appliquer un gantelet plâtré, laissant les doigts libres, moins le pouce, pour que, après quinze jours d'application de cet appareil, supporté sans la moindre gêne, il n'existât plus de tendance au déplacement. Après une luxation en arrière de la première phalange, l'habile chirurgien strasbourgeois se borna à placer le pouce

dans une flexion forcée, et à l'immobiliser ainsi par une compresse plâtrée en recouvrant le dos et prenant son point d'appui sur l'avant-bras. Huit jours après, le blessé pouvait reprendre son travail d'imprimeur. (*Gaz. méd. de Strasb.*, décembre 1865.)

C'est surtout dans ces cas simples que ce moyen trouve bien son application. Si l'emploi de grands appareils, de bandages compliqués, de puissantes machines, constitue trop souvent le mérite de l'opérateur pour le vulgaire, le progrès pour la science est dans la simplicité des moyens, leur sûreté et leur rapidité d'action.

Luxation du fémur. *Procédé de Reid.* Un jeune homme, à la suite d'une chute, ne pouvant se tenir debout, accusait de la douleur avec gonflement de la hanche droite. M. Collin, ayant constaté le raccourcissement du membre et la déviation du pied et du genou, s'assura que le fémur était luxé en haut, sur la crête iliaque. A défaut d'aucun moyen de réduction ni d'aide, il fit coucher le blessé sur un matelas dur par terre, le chloroformisa, puis, à genoux lui-même sur le matelas, il fléchit la jambe sur la cuisse, portant le genou en haut et en dedans, jusqu'à ce que la cuisse, fléchie elle-même, touchât la face antérieure de la poitrine. Plaçant alors une main sur le genou et saisissant le pied de l'autre, il porta le membre dans l'abduction forcée, en même temps qu'il le redressait, et sentit dès lors, d'une manière très-distincte, la tête du fémur accomplir un mouvement de rotation, et rentrer, avec bruit, dans la cavité cotyloïde. (*British med. Journ.*, avril.)

La simplicité de ce procédé et la facilité de la réduction en deux minutes doivent tenter d'y recourir, non-seulement à défaut d'autres moyens, mais même à leur exclusion.

Luxations latérales du métatarse. A l'occasion d'un quatrième fait de ce genre, observé par lui et qu'il réunit aux trois précédents, le docteur Mignot Danton en discute le mode de production. Par des considérations toutes théoriques et mécaniques, il en expose un nouveau et multiplie d'après cela les différentes espèces de luxations du métatarse qui peuvent se produire (*Arch. de méd.*, octobre). Mais tous étant *a priori*, il n'y a pas lieu de s'y arrêter ni d'entrer dans plus de détails à cet égard.

Luxation du pied en avant. Un nouvel exemple, le cinquième ou le sixième enregistré dans les annales de la science, en a été observé par M. Willemin, chez une dame de trente-quatre ans, à la suite d'une simple chute dans sa chambre. Relaté dans tous ses détails *in Union méd.*, nos 4 et 5, ce fait acquiert une double importance par les considérations historiques, cliniques et pratiques qui l'accompagnent, en formant comme une monographie sur cette lésion rare et peu connue.

Déjà, en 1865, M. le professeur Sédillot avait présenté le moule en plâtre de cette luxation incomplète de la poulie astragalienne, en avant de la mortaise péronéo-tibiale, sans déchirure de la peau ni fracture des malléoles. Cette espèce rare a reçu ainsi de précieux éclaircissements dans le Bas-Rhin.

M

MAGNÉSIUM. Voy. Toxicologie.

MALADIE. *La maladie dans le plan de la création.* Discours prononcé à la Société médicale du Massachusetts dans la séance solennelle du 31 mai 1865, par le docteur B. E. Cotting, président de celle du district de Norfolk, traduit de l'anglais par Gaston Garnier. 20 pages in-8°. Librairie *Germer-Baillière*.

En découvrant, d'après l'histoire et la paléontologie, des preuves irréfragables de la maladie depuis la création ; considérant la persistance des causes physiques qui l'engendrent, et malgré les progrès de l'art, l'apparition comme fatale des épidémies et des exanthèmes en particulier, leur marche univoque quoi que l'on fasse pour les prévenir ou en changer, en modifier le cours ; en présence surtout de la mortalité fatale d'autres maladies organiques et héréditaires, l'auteur en est venu à conclure qu'elle fait partie du plan de la création, mais sans pour cela rester dans une inactivité fatale, ni la conseiller. Seulement, il croit que l'on trouvera plutôt dans l'hygiène, et une sage expectation, les moyens de parer à cette loi fatale de l'humanité, que par une thérapeutique exclusive, outrée.

De la spontanéité et de la spécificité dans les maladies, par Em. Chauffard, agrégé libre de la Faculté de médecine, méde-

cin de l'hôpital des Enfants malades. Un volume in-18 de 250 pages.

Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques, par le docteur Charcot, agrégé de la Faculté de médecine, et médecin de l'hospice de la Salpêtrière, recueillies par le docteur Ball, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1er fascicule, contenant : 1° caractères généraux de la pathologie sénile ; 2° de l'état fébrile chez les vieillards. In-8°.

Maladies nerveuses. *Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie*, par E. Bouchut, professeur agrégé et médecin de l'hôpital des Enfants, etc., etc. Un beau volume in-8° de plus de 500 pages, avec 14 figures intercalées dans le texte, et un atlas de 24 planches chromo-lithographiées par l'auteur. Librairie *Germer-Baillière*.

Conduit par les signes importants que l'ophthalmoscope lui avait révélés dans la méningite et l'hémorrhagie cérébrale, pour le diagnostic différentiel de ces deux affections, M. Bouchut, habile et infatigable investigateur, a appliqué les mêmes recherches ophthalmoscopiques à la nombreuse série des maladies, non-seulement du cerveau et de la moelle, mais de toutes les affections nerveuses en général, et bien que tous ces chapitres ne soient pas également complets, il a du moins posé des jalons qui pourront guider et encourager d'autres observateurs. Deux cent trente-six observations servent de base à cet ouvrage, qui est plutôt une exposition qu'un traité didactique. Des aphorismes placés à la fin de chaque chapitre, composé de la définition des lésions oculaires observées et d'observations, en offrent le résumé, de manière à présenter en quelques mots les données acquises sur chaque sujet. Ouvrage élémentaire sur un nouveau moyen de diagnostic, il est ainsi indispensable à tous les médecins.

MARINE. Après la réorganisation du service de santé (voy. *année* 1865), un nouveau mode d'admission, d'enseignement et de concours était nécessaire pour pourvoir à son exécution. Un décret du 10 avril, exécutoire à partir du 1er novembre 1866, a été rendu à cet effet, d'après lequel les trois écoles spéciales de Brest, Rochefort et Toulon sont conservées sans que, comme pour l'armée, on ait placé les élèves près de la Faculté de Montpellier, comme il en avait été ques-

tion. Pour y être admis, les élèves doivent justifier des mêmes conditions qu'à leur entrée dans une faculté ou une école de pharmacie, et de plus, ils ne sont admis qu'après un examen d'aptitude physique, mais sans avoir à subir un concours préalable comme dans l'armée. Le cours d'études est de deux années, et chaque élève, après un examen de fin d'année satisfaisant, passe de la seconde dans la première division, autrement il reste une année de plus dans la division précédente, après quoi l'exclusion de l'école est prononcée, de même que pour toute faute grave.

Ces deux premières années d'études expirées, l'élève, concourt pour le grade d'aide-médecin ou pharmacien, pour être embarqué momentanément en cette qualité, puis il termine à l'école ses cours d'études, jusqu'à ce qu'il y ait passé les quatre à cinq ans voulus pour être envoyé devant une faculté ou une école spéciale de pharmacie, et y subir ses examens universitaires, aux frais de l'État, en signant, contre cette faveur, un engagement de dix ans de service.

L'enseignement est augmenté de la médecine administrative et exotique. Des agrégés nommés au concours dans chaque école y sont aussi adjoints pour trois années, après quoi, ils reprennent leur service à la mer avec la faculté de se représenter de nouveau, après un certain temps indéterminé, au concours. Des cours libres sont aussi institués, et qui peuvent être faits par ceux qui en font la demande si elle est agréée.

Les concours pour l'avancement dans tous les grades ont lieu à l'époque ordinaire, c'est-à-dire pendant les vacances. Les conditions en sont réglées minutieusement, de telle sorte que la vraie capacité seule triomphe. Le journal mensuel spécial, *Archives de médecine navale*, fondé depuis deux ans, est l'organe de tous les actes et de toutes les mutations ressortant de ces concours. Un prix de 500 francs est même fixé, comme encouragement, à l'auteur du meilleur rapport ou mémoire de l'année fait au service actif, d'après le jugement du conseil supérieur de santé. (*Arch. de méd. navale*, mai.)

Ce service du corps de santé de la marine se rapproche ainsi de celui de l'armée, mais en conservant davantage son caractère de spécialisation. L'avenir dira si ce mode est plus avantageux, comme nous le croyons, car on ne saurait avoir une parfaite connaissance d'un service aussi spécial que celui de la marine, sans avoir été instruit par des hommes initiés à ses

secrets, et l'avoir étudié d'une manière toute spéciale ; on ne saurait le remplir convenablement sans cela.

Marine anglaise. *A new regulation*, vivement réclamée et impatiemment attendue par l'opinion, a modifié, en l'améliorant, le rang, la paye et la position des *naval medical officers* du Royaume-Uni. En présence de la position infime qu'ils subissaient, et des réclamations incessantes, journalières qui, venant de toutes parts, en étaient la conséquence, le gouvernement anglais ne pouvait se dispenser d'agir. Les vides croissants qui se produisaient dans les cadres de ce grand service, lui en faisaient une loi, et là est surtout le motif, on ne peut se le dissimuler, de sa détermination. Loin de montrer de la bonne volonté, il n'a obéi qu'à la force. Un règlement de l'amirauté du 12 juillet, exécutoire à dater du 1er janvier 1867, introduit les modifications suivantes, qui, comparées à celles édictées récemment, de ce côté de la Manche, pourront offrir un certain intérêt.

L'avancement au grade de chirurgien-major, fixé par les articles 1 et 2, pourra désormais se faire au choix parmi les jeunes chirurgiens de mérite, s'étant distingués par des travaux ou des actions d'éclat ; condition excellente pour stimuler l'émulation des plus capables.

Au lieu des provisions en nature, humiliantes pour sa dignité, que recevait le chirurgien de marine, sa paye est désormais fixée, comme celle des médecins militaires, aux sommes suivantes :

	A l'intérieur.	En campagne.
Médecins inspecteurs.	1350 fr.	3 250 fr.
Sous-inspecteurs.	875	2 800
Chirurgiens majors.	875	2 800
Chirurgiens.	875	2 800
Aide chirurgien.	750 fr.	2 700 fr.

L'augmentation aura lieu de quatre en quatre ans, au lieu de cinq, d'après un tarif établi.

Le logement, le rang et les prérogatives du chirurgien-major à bord, sont assimilés à ceux du commandant ; la paye seule diffère.

L'âge de la retraite est fixé à vingt-cinq ans de service pour les grades inférieurs, à soixante ans pour les chirurgiens-majors, et soixante-cinq pour les autres. Il sera loisible à cha-

cun de se retirer après vingt ans de service avec la moitié de la retraite de leur grade.

Marine américaine. Malgré ces derniers avantages faits aux médecins de la marine anglaise, leur position est encore loin d'équivaloir à celle de leurs collègues des États-Unis, comme le montre le tableau suivant :

Chirurgiens d'escadre		17190 fr.
—	après 20 ans de grade	15625
—	après 15 —	14580
—	après 10 —	13540
—	après 5 —	12500
—	au début	11460
Aides chirurgiens reçus		7810
Chirurgiens élèves		6510

La différence est en effet saisissante avec les derniers tarifs anglais. Il est donc probable que l'amour-propre national aidant, les cadres ne s'empliront pas tant que les prix ne seront pas augmentés de nouveau.

MATERNITÉS. L'extrême mortalité des accouchées dans ces établissements, comparativement à celle de la ville, n'a cessé de fixer l'attention depuis que la thèse de M. Tarnier, en 1856, est venue l'éveiller à cet égard. Contrôlée et confirmée en 1858 par Trébuchet, elle a suscité de nouvelles recherches d'année en année. Sa liaison intime avec l'hygiène hospitalière et les conditions sociales des populations laborieuses, partout à l'ordre du jour, devaient amener ce résultat. En 1862, M. Husson montre dans ses *Études sur les hôpitaux*, que pendant les soixante années précédentes, cette mortalité a été de 1/17 à Paris. L'année suivante, M. Le Fort l'étudie dans les principales capitales, et obtient les résultats suivants :

		Accouchées.	Décès.	
Londres, de 1860 à 1864	Ville	562623	222	1:253
	Maternités	4000	142	1:28
Munich, de 1843 à 1859	Polyclinique	1911	16	1:119
Saint-Pétersbourg, de 1843 à 1859	Ville	209612	1403	1:149
	Maternités	16011	825	1:19,40

L'énorme disproportion dévoilée ainsi par M. Tarnier, à Paris, confirmée à l'étranger, ressort encore mieux du rapport de Malgaigne, paru en 1864, par les tableaux suivants :

		Accouchées.	Décès.	
Paris, 1861	Hôpitaux	7236	653	1:10
	Bureaux de bienfaisance	6212	32	1:194
	Clientèle civile	44480	262	1:169
Paris, 1862	Hôpitaux	6971	476	1:14
	Bureaux de bienfaisance	6422	39	1:164
	Clientèle civile	42796	226	1:161

L'Administration ayant cherché à expliquer ces chiffres par une mortalité hospitalière exceptionnelle, M. L. Le Fort montra qu'elle était à peu près la même pour 1863 et 1864. En effet, tandis qu'à Lyon, M. Berne, quittant son service du majorat de la Charité, rend compte des effrayants ravages de la fièvre puerpérale pendant les six années passées à la Maternité, et que M. Delore, en lui succèdant, précise les chiffres, il en ressort les différences suivantes :

		Accouchées.	Décès.	
Lyon, 1864	Ville	7066	18	1:390
	Charité	1218	54	1:22
	Hôtel-Dieu	563	6	1:94
Lyon, 1865	Ville	7707	54	1:144
	Charité	1162	70	1:16
	Hôtel-Dieu	545	13	1:42

En même temps, M. Le Fort publiait son enquête générale sur les Maternités, où, réunissant aux chiffres statistiques de ses prédécesseurs ceux qu'il avait recueillis, tant en France qu'à l'étranger qu'il avait visité à cet effet, il forme un total de 1,823,093 accouchements répartis comme suit :

Hôpitaux	888312 accouchements,	30393 décès,	1:29
Ville	934781 accouchements,	4405 décès,	1:212

Tel est l'écart effrayant et confirmatif de cette statistique générale, universelle. En décelant partout l'insalubrité et le danger du séjour des Maternités, cet ouvrage a donné lieu à une discussion publique à la *Société de chirurgie*, pour en éclaircir les causes et y porter remède.

L'encombrement, la contagion, l'infection étant regardées comme les causes principales (voy. Fièvre puerpérale), c'est à supprimer ces établissements que l'on arrive généralement, en les remplaçant par l'accouchement à domicile. Pour les femmes qui n'en ont pas, il y aurait les sages-femmes des bureaux de bienfaisance, ou bien de petits hôpitaux de vingt à cinquante

lits, pour les besoins de l'enseignement. En constatant que les Maternités modèles à l'étranger donnent encore une mortalité considérable comparée à celle des accouchées en ville, M. Tarnier conclut aussi à leur suppression, à moins de donner à chaque accouchée une chambre ou cellule particulière isolée, sans communication avec les cellules voisines.

Du reste, la statistique suivante, pour le mois de février 1866, montre bien l'influence mortelle de la Maternité de Paris.

	Accouchements.	Décès.
Beaujon.	33	»
Hôtel-Dieu.	104	1
Saint-Louis.	77	1
Charité..	42	1
Necker..	30	1
Pitié.	53	2
Cochin	34	3
Saint-Antoine.	41	5
Cliniques..	56	8
Maternité..	74	30

Toute femme, atteinte de fièvre puerpérale, serait immédiatement transportée à l'infirmerie, et la cellule resterait inoccupée pendant un certain temps pour sa purification. (*Soc. de chir.*, mars.)

Malgré le perfectionnement que ce système semble réaliser, comment l'adopter pour empêcher ce contagium si subtil que les accoucheurs et les sages-femmes en ville en ont paru être le moyen de transport dans plusieurs cas ? Mieux vaudrait assurément ces petites Maternités de quatre à cinq lits séparés comme elles existent chez les sages-femmes.

Aussi bien, devant l'impossibilité de réaliser un idéal de Maternité introuvable, la *Société de chirurgie*, après les longs débats auxquels elle s'est livrée, suffisamment éclairée, a-t-elle voté, à la suite des conclusions suivantes qui en offrent le résumé, la suppression graduelle des Maternités, sur la proposition très-nettement formulée par M. Blot.

1. La statistique démontre aujourd'hui cette vérité incontestable : que les maladies puerpérales sont beaucoup plus fréquentes et la mortalité beaucoup plus élevée dans les Maternités et les services spéciaux d'accouchement que partout ailleurs.

La constance et la reproduction des mêmes faits, dans tous

les établissements et dans tous les pays, prouve l'intervention d'une influence identique : l'hôpital.

2. Le surcroît de mortalité, qui présente quelquefois une intensité exceptionnelle, désignée habituellement sous le nom d'épidémie, est dû à l'influence presque exclusive de deux éléments : l'imprégnation ou infection hospitalière par les miasmes morbifiques et la contagiosité des affections puerpérales.

Les manifestations de ces influences hospitalières expliquent pourquoi les Maternités bien situées, bien disposées, peuvent néanmoins être le théâtre de mortalités élevées et parfois extrêmes.

3. Outre les conditions générales d'hygiène applicables à tous les hôpitaux et résumées dans les conclusions adoptées par la *Société impériale de chirurgie* (séance du 14 décembre 1864), la prophylaxie des maladies puerpérales et de la mortalité qui en résulte dans les Maternités, doit reposer sur les mesures à prendre contre l'infection et la contagion.

4. Pour combattre l'infection, une constante et sévère propreté est indispensable. Après que chaque lit d'une salle aura été occupé par une accouchée, cette salle sera soumise au repos, à une large aération et à une purification complète de tout le matériel, meubles et immeubles, purification dont le lavage fera la base.

5. Pour lutter contre la contagion, toujours possible et toujours imminente dans les hôpitaux, il faut, sinon des chambres séparées pour chaque accouchée saine, au moins des salles bien disposées pour l'aération, sans communication directe les unes avec les autres, et contenant quatre lits au plus.

6. Toute accouchée malade devra être immédiatement séparée des accouchées saines et transportée dans une infirmerie qui occupera un bâtiment isolé. Cette infirmerie, composée de chambres séparées, destinées à une seule malade, sera desservie par un personnel distinct de celui de la Maternité.

7. Si, malgré les précautions prises, l'infection hospitalière et la contagion menacent d'étendre leurs ravages sur une Maternité, il faut l'évacuer au plus vite et soumettre tout l'établissement à un assainissement général. Les menaces d'invasion ne pouvant être appréciées que par les médecins, et l'évacuation devant être opérée à court délai pour être efficace, c'est-à-dire pour limiter le nombre des décès, il serait à désirer que l'application de cette mesure rentrât dans les attributions médicales.

8. Pour réaliser toutes les conditions d'aménagement et d'organisation indiquées, les Maternités doivent être de petits établissements ; exposées d'ailleurs à des évacuations plus ou moins fréquentes, elles doivent être suffisamment nombreuses pour assurer le service des secours. Sans qu'on puisse fixer d'une manière absolue le chiffre de leur population, il paraît désirable de ne pas dépasser le nombre de six à huit cents accouchements annuels. »

Il est partout désirable de développer et d'étendre autant que possible le service gratuit des accouchements à domicile pour restreindre d'abord et supprimer par la suite les Maternités.

A cette proposition radicale de M. Blot, de la suppression des Maternités, M. Devergie a répondu par les conclusions prudentes et réservées qui suivent, présentées par lui au Comité d'hygiène des hôpitaux de Paris, sur les mesures à prendre contre la mortalité énorme des femmes en couches dans les Maternités et les hôpitaux :

1° Placer, à titre d'essai, mais sur une échelle suffisante, un certain nombre des femmes mariées nécessiteuses ou des filles-mères qui réclament leur entrée dans les Maternités ou hôpitaux, chez des sages-femmes de la ville, choisies et surveillées par les soins des autorités compétentes, telles que les administrations d'assistance publique, les bureaux de bienfaisance, etc., avec le concours des sociétés de charité maternelle et autres, distribuant des secours à domicile aux femmes en couches.

Les femmes accouchées devraient, en moyenne, séjourner neuf jours chez les sages-femmes ainsi désignées, et recevoir, au besoin, des secours à domicile, lorsqu'un repos plus long serait nécessaire à leur rétablissement.

2° Supprimer les services d'accouchement dans les hôpitaux où il n'existe pas d'enseignement ; instituer dans ces hôpitaux une salle de travail ; répartir, peu après l'accouchement, les femmes accouchées dans les services généraux de médecine.

3° Ne pas admettre dans les Maternités ou les services d'accouchement des hôpitaux, les femmes enceintes qui ne sont ni malades, ni en travail, toutes les fois que la situation autorisera cette interdiction. Leur accorder à domicile, aux approches du terme, les secours nécessaires pour éviter, de leur part, un séjour trop prolongé dans ces établissements, ce qui est toujours préjudiciable à l'accouchée.

4° Réduire aux proportions absolument indispensables les Maternités et les services d'accouchement des hôpitaux destinés à l'enseignement.

Assujettir ces établissements ou ces services à toutes les précautions de l'hygiène la plus scrupuleuse, tant au point de vue de leur premier établissement, qu'à celui de leur entretien et du fonctionnement de leur personnel.

Les Maternités, études sur les Maternités et les Institutions charitables d'accouchement à domicile dans les principaux États de l'Europe ; par le docteur Léon Le Fort, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Un vol. in-4°, avec 11 planches.

Un projet de Maternité termine et résume cet ouvrage qui, dans des chapitres séparés, donne la description et l'organisation des principales Maternités d'Europe, l'organisation de l'enseignement pour les étudiants et les élèves sages-femmes, et enfin un aperçu des conditions qui règlent, en Angleterre, en Prusse, en Russie, en Autriche et en France, la pratique civile de l'accouchement.

MÉTRITE. *De la métrite chronique*, par le professeur de Scanzoni, traduit de l'allemand par le docteur Sieffermann. Un vol. in-8° de 400 pages.

Monographie qui, malgré la réputation du célèbre gynécologiste de Wurzbourg, n'ajoute rien de nouveau aux auteurs français, sinon en attribuant un rôle exagéré aux causes mécaniques et en proclamant presque l'incurabilité de cette maladie. (voy. *année* 1864.)

MICROGRAPHIE. Pour vulgariser cette science et en développer les progrès, une Société s'est formée à Paris sous la haute protection de M. Robin, président, réunissant autour de lui tous ses jeunes et laborieux élèves. La publication de ses travaux ne pourra que répandre les connaissances micrographiques et stimuler le zèle de ceux qui se livrent à cette nouvelle branche de la science.

MORT. En sa qualité de médecin des morts, M. Bérigny a remarqué que les enfants, jusqu'à 5 à 6 ans, ont les yeux ouverts après la mort, sans distinction de maladie, tandis qu'il en est autrement chez les adultes, ce qu'on explique de différentes

manières (*Bull. de la Soc. de Seine-et-Oise*, 1865). Mais, avant tout, il faut étendre l'observation pour la justifier, et les explications seront données par surcroît.

Des moyens pratiques de constater la mort par l'électricité à l'aide de la faradisation, par le docteur Bonnejoy. Paris, in-8° de 32 pages.

Mort subite. Voy. Accès.

MORTALITÉ. *Morts-nés à Rome*. Leur nombre extraordinaire, pendant l'année 1865-1866, a frappé le professeur Scalzi. Tandis que la moyenne des quatre années précédentes n'était que de 352, celle-ci a été de 955. Sans avoir découvert ni signalé la cause secrète de cette effrayante mortalité, il en accuse le défaut de constatation régulière, scientifique des naissances et des décès (*Giorn. med. di Roma*). C'est ainsi qu'un mal en engendre d'autres.

Mortalité des nourrissons. Selon M. Husson, directeur de l'assistance publique, elle est d'un sixième à l'état normal pour les enfants de un jour à un an, ainsi qu'il ressort de la statistique suivante, pendant les années 1858, 1859 et 1860, le département de la Seine excepté, en raison de ses conditions exceptionnelles de population. Voy. — Allaitement.

	Naissances.	Décès.	Mortalité p. 100.
Population urbaine.	249847	45766	18,32
Population rurale.	672857	121045	17,96
Populations réunies.	922704	166811	18,08

L'écart entre la mortalité des villes et des campagnes est donc seulement de 0,36 pour 100 en faveur des campagnes, sans doute en raison des mauvaises conditions d'allaitement qu'y rencontrent les nouveau-nés.

La contre-épreuve de ce fait se trouve dans la statistique du département de la Seine, où la mortalité des enfants de un jour à un an est de 16,38 pour 100 pour Paris, et de 17,98 dans les communes rurales. Les proportions sont renversées ici en raison des nombreux nourrissons de Paris qui meurent à la campagne. Sur une moyenne de 53 335 naissances, de 1860 à 1865, les familles parisiennes ne confient pas moins de 18 000 enfants à

des nourrices salariées, ainsi qu'il résulte du tableau suivant :

Enfants placés par les Bureaux particuliers, en 1865 (non compris 2864 enfants confiés, par leur intermédiaire, à des nourrices sur lieu)	9042
Enfants placés par la Direction des nourrices	1974
Enfants assistés envoyés en nourrice	3942
Enfants placés directement par les familles (environ)	3000
Total	17958

Si, pour démontrer les causes de cette mortalité, M. Brochard a conclu qu'elle était moindre à Nogent-le-Rotrou, où la surveillance des nourrices, par les médecins, pouvait s'exercer activement (voy. Allaitement), la différence provient aussi de ce que cette statistique porte sur des enfants de un jour à deux ans. Les résultats ne sont pas si beaux pour les enfants de un jour à un an, confiés à la direction des nourrices, comme l'indique le tableau suivant :

	Mortalité moyenne.
1839 à 1858	29,71 p. 100.
1859 à 1864	33,93 —
1862 minimum	30,02 —
1864 maximum	40,07 —

Cette mortalité, s'appliquant à des enfants légitimes pour la plupart, rien ne montre mieux l'influence des conditions de la naissance sur sa proportionalité, que la mortalité comparée de celle des enfants assistés de Paris dans des conditions opposées et âgés aussi de un jour à un an.

En 1828 elle était de	58,70 p. 100.
En 1858 de	58,91 —
En 1860 de	49,84 —
En 1864 de	39,26 —

Mais si cette influence est incontestable, celle d'une double action administrative et médicale combinée n'est pas moins évidente par la diminution progressive de cette mortalité, aussi bien sur les nourrissons que sur la généralité des enfants assistés de un jour à douze ans qui, de 25,47 pour 100 qu'elle atteignait en 1858, ne dépasse plus guère 7 pour 100, comme justifie le tableau suivant :

En 1861	9,20 p. 100.
En 1862	7,02 —
En 1863	7,65 —
En 1864	7,96 —

Si déplorable que soit encore le chiffre élevé de la mortalité des enfants assistés de Paris, de un jour à un an, envoyés en nourrice, il est bien inférieur à celui de certains départements qui comptent le plus grand nombre d'enfants trouvés placés dans les mêmes conditions, ainsi qu'il appert de l'enquête faite à cet égard en 1860.

Loire-Inférieure	90,50	p. 100.
Seine-Inférieure	87,36	—
Eure	78,12	—
Calvados	78,09	—
Aube	70,27	—
Seine-et-Oise	69,23	—
Côte-d'Or	66,46	—
Indre-et-Loire	62,16	—
Manche	58,66	—

La mortalité considérable des départements formant l'ancienne province de Normandie est ici très-remarquable. La cause en serait-elle à la funeste habitude qui règne, surtout dans cette partie de la France, de substituer le *petit pot* à l'allaitement naturel? Dans l'affirmative, ce serait là une cause très-puissante de la mortalité qui s'observe. Ce qui tend à le prouver est la mortalité moindre des enfants trouvés des départements les plus populeux. C'est ainsi qu'elle n'est que de 39,26 pour 100 dans la Seine, de 47,48 dans le Rhône et de 27,77 dans le Nord, soit en moyenne 38,17 pour 100. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Une confirmation des données précédentes est l'extrême mortalité constatée par M. le docteur Lecadre au Havre. De 1863 à 1865 inclusivement, sur un total de 8071 naissances, 1433 enfants sont décédés avant quinze mois.

Dans l'Isère, où l'allaitement maternel prédomine, sur un total de 78 099 naissances, constatées officiellement dans la période quinquennale de 1860 à 1864, il y a eu 15518 décès sur des enfants de un jour à un an; ce qui donne une proportion de 19 à 20 pour 100, chiffre élevé quant au mode d'allaitement, mais bien moindre cependant que dans la Normandie, par exemple.

A Marseille, sur 100 enfants exposés, il n'en survivrait que 41 après la première année de la naissance.

Dans le Doubs, sur 73 991 naissances, dans la période de 1854 à 1864, M. Perron, médecin de l'état civil, a constaté 10 932 décès d'enfants au-dessous d'un an; c'est un peu moins

du septième. Mais cette proportion varie dans les divers arrondissements, et la plus considérable est pour Besançon et surtout la banlieue. C'est ainsi que dans le village des Chaprais, plus de 31 pour 100 des décès s'applique à des enfants au-dessous d'un an, soit près du tiers, tandis que la proportion n'est que de 8/12 pour 100 à Besançon même, et du sixième seulement dans les autres arrondissements.

A Lyon, où la mortalité des enfants assistés par l'hôpital de la Charité de un jour à un an, a varié de 32 à 52 pour 100, de 1720 à 1836, elle s'est élevée à 1 : 3,45 et même 2,24 de 1859 à 1865, suivant le docteur Berne, médecin de cet hôpital. Elle est de 45 pour 100, suivant M. Rodet; tandis que celle des enfants élevés à Lyon par leurs parents n'est que de 20 à 25; de 33 à 34 pour les enfants de la ville envoyés en nourrice par l'entremise des bureaux, et même de 35 pour ceux qui y sont envoyés directement par leurs parents (*Gaz. méd. de Lyon*, novembre). La seconde ville de France, sous ce rapport, n'a donc rien à envier à la première.

Sous ces chiffres bruts de mortalité, se révèlent manifestement, selon M. Devilliers, les causes les plus saillantes qui la produisent, notamment l'allaitement artificiel. Une preuve éclatante s'en montre à Cette, où celui-ci est inconnu. Aussi la mortalité des enfants d'un an n'est-elle que de 15,33 pour 100, proportion bien inférieure à la moyenne générale; tandis qu'elle est près de 1/4 de un à cinq ans, contrairement à ce qui s'observe ailleurs. Comment constater mieux l'influence directe de l'allaitement sur la grande mortalité désolante des nourrissons en France? (*Acad. de méd.*, novembre.)

Étude médicale et statistique sur la mortalité à Paris, Londres, Vienne et New-York en 1865, d'après les documents officiels, avec une carte météorologique et mortuaire, par le docteur L. Vacher. Paris, 1 vol. in-8°.

MUGUET. Signalé par M. Hervieux avec les accidents généraux d'un abcès-périnéphrique (voy. *ce mot*), il n'est donc pas lié seulement à l'existence d'une entérite grave chez l'adulte, comme on l'admettait généralement. En l'observant également à la Maternité, chez les accouchées en proie à quelque formation purulente, ce médecin distingué en conclut que son apparition doit faire prévoir ce dernier accident à défaut de l'existence du premier. (*Union méd.*, n° 39.)

MUSC. A cause de la difficulté de le faire prendre sous forme pilulaire et attendu son insolubilité dans l'eau froide, M. Lailler, pharmacien, propose de le dissoudre dans l'eau chaude et de l'ajouter ainsi à la potion. Si par le refroidissement il perd sa solubilité, du moins il se trouve très-réduit, et il suffit d'agiter la bouteille pour qu'il soit suffisamment divisé, suspendu, même sans véhicule gommeux, pour être facilement administré dans de bonnes conditions. (*Répert. de pharm.*, janvier).

MUSCLES. Anatomie et physiologie. Afin de rendre évidente, incontestable la disposition en spirale des fibrilles que, suivant ses recherches microscopiques, M. le professeur Rouget avait constatée, contrairement à quelques micrographes anglais et allemands, soutenant qu'elles sont constituées par des particules distinctes, groupées en séries longitudinales et transversales et réunies par une substance amorphe, il a eu recours à la photographie pour démontrer la vérité de ses observations. L'image de l'objet se reproduisant ainsi exactement, fidèlement en dehors de toute observation personnelle, l'observation échappe à toute chance d'erreur, de critique et peut être soumise au contrôle de chacun. Il a soumis ainsi des épreuves démontrant la véritable structure des fibrilles, irrégulièrement onduleuses dans les muscles lisses, et disposées transversalement en ressorts à hélice, en rubans tordus en spirale régulière dans les muscles striés, les stries transversales correspondant aux tours et aux intervalles des tours de l'hélice. A l'aide d'actions purement mécaniques de traction, il a montré que l'apparence des stries transversales, des fibrilles et des faisceaux se modifiait à volonté dans l'état de vie et de contraction, et que les phénomènes de celle-ci se produisaient sans mettre en jeu d'autre propriété que l'élasticité. (*Acad. des sc.*, juin.)

Ainsi se trouve expliqué et simplifié le phénomène de la contraction musculaire par les lois physiques auxquelles la méthode expérimentale ramène de plus en plus les phénomènes des corps vivants.

Contraction. De même que M. Rouget, M. Marey a rendu palpables, évidents, par la méthode graphique, les phénomènes de la contraction dans ses moindres détails. Avec le *myographe*

d'une part et la pince *myographique* de l'autre, il a mesuré les degrés et la fréquence des *secousses* constituant la contraction. Tandis que les effets d'une secousse unique est à peine sensible, la courbe du muscle est très-évidente et a un niveau plus élevé si elles sont nombreuses, et d'autant plus qu'elles se succèdent rapidement. D'où cette loi que le raccourcissement moyen du muscle est d'autant plus marqué que les excitations électriques sont plus rapides. L'amplitude des oscillations diminue à mesure que leur fréquence augmente. Des excitations électriques de fréquence croissante sont ainsi nécessaires pour représenter la contraction du tétanos. (*Acad. des sc.*, mai.)

Bien que ces curieuses expériences n'aient porté quo sur les muscles de la vie animale, sans que l'effet coïncidant des muscles voisins ou congénères ait été apprécié ni déterminé, on peut prévoir qu'elles auront plus tard d'utiles applications en pathologie pour mesurer, par exemple, l'intensité de la contraction dans le tétanos et mesurer la fréquence et l'intensité de l'électrisation. On pourra désormais la régler à volonté et d'une manière précise suivant les indications. On pourra de même rechercher l'état de la contractilité pour le diagnostic des convulsions, des ataxies locomotrices, des atrophies musculaires, des paralysies essentielles au début de ces affections, alors qu'elles sont encore douteuses. Cette nouvelle expérimentation est donc d'une grande portée. Voy. Respiration.

Altérations musculaires. Constatées dans la fièvre typhoïde notamment, elles ont été observées dans plusieurs autres maladies par M. Hayem, interne des hôpitaux. Jusqu'à présent voici les cas où il les a recherchées, et les a trouvées constamment :

Scarlatine.	1 cas.
Rougeole.	2
Érysipèle ambulant compliqué de méningite.	1
Méningite tuberculeuse chez une petite fille de 13 ans. .	1
Tuberculisation généralisée aiguë..	1
Fièvre puerpérale avec abcès métastatiques..	1

Pour donner à ces faits leur véritable valeur, il faut dire que ce sont les seuls exemples de ces maladies examinées sous ce rapport; par conséquent, il n'y a pas eu à noter de résultats négatifs. De plus, dans un grand nombre d'autres maladies, on trouve toujours au contraire le système musculaire parfaitement

sain ou bien atteint, comme dans l'alcoolisme chronique, par exemple, d'altérations graisseusos qu'il ne faut pas confondre avec colles dont il est ici question.

C'ost ainsi que, dans les cas do phlegmasie, de cachexies tuberculeuso ou cancérouse, do maladie do Bright et un grand nombro d'autres affections, les résultats ont toujours été négatifs. Dans le choléra, où l'on avait cru trouvor des altérations analogues, la conservation parfaite des fibres musculaires, au contraire, était toujours parfaite, même lorsque la maladio no se terminait fatalement qu'après une longue période typhoïdo. C'est ce qui a été observé chez une fommo qui n'a succombé quo lo quatorzième jour. Mais, lorsque le choléra est survenu chez des malades atteints antérieurement de fièvre typhoïde (2 cas), de variole (1 cas) ou de rougeole (1 cas), les altérations musculaires se montrent comme on l'a vu. (*Soc. de biol.*) — V. PARALYSIE ATROPHIQUE.

N

NARCOTIQUES. Un coup d'œil rétrospectif sur leur emploi, pendant les quinzo dernières années, a été publié par le docteur Schmelzer de Gotha, d'après les travaux écrits ou traduits en allemand. (*All. Zeitschr. für Pschy.*, 1865.) M. le docteur Ingels, en traduisant ce travail dans le *Bull. de la Société de médecine de Gand* (décembre), y a ajouté plusieurs notes additionnelles qui en font un résumé assez complet de l'état de la thérapeutique à cet égard.

NECROLOGIE. Baffos *Alexis René*, membre de l'Académie de médecine et ancien chirurgien des hôpitaux, ayant joui autrefois d'une grande notoriété chirurgicalo, comme le protégé d'Antoino Dubois, est mort à Paris, le 16 avril, âgé de quatre-vingt-neuf ans. Depuis longtemps, le mauvais état de sa vue, totalement perdue dopuis sept ans, l'avait obligé de prendre sa retraite, de telle sorte que son nom était à peu près oublié avant sa mort.

Bally *Victor*, l'ancien délégué avec Pariset, pour l'étude de de la fièvre jauno en Espagno, et qui lui valut une juste célébrité, par la sagesse do ses travaux et de ses opinions sur ce

sujet; ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, etc., a sucombé âgé de quatre-vingt-douze ans, à sa campagne, où il vivait dans une paisible retraite depuis plus de vingt ans. Une parfaite loyauté était le trait distinctif de ce caractère antique.

Barlow, médecin de l'hôpital Guy, est mort soudainement à Londres, le 13 octobre, âgé seulement de soixante ans. Des recherches cliniques persévérantes sur le diagnostic lui avaient acquis une grande réputation parmi tous ses confrères. Rédacteur en chef des *Reports* de cet hôpital, auteur d'un *Traité des maladies des reins* et d'un *Manuel de médecine pratique*, il a montré par là son amour du travail dont il n'a pu recueillir le fruit.

Barret *Hippolyte* a sucombé, à cinquante-quatre ans, d'épuisement, de consomption médicale résultant des sollicitudes, des fatigues do sa profession. Nature délicate, cœur dévoué et sensible, il s'est usé autant par les blessures de l'esprit que par les labeurs du corps. Sa ville natale, Carpentras, gardera longtemps le souvenir de cet esprit d'élite.

Benoist *Hippolyte F. P.*, médecin du théâtre do la Porte-Saint-Martin, chevalier do la Légion d'honneur, emporté à soixante ans à peine par une affection organique du cœur. Son esprit vif, ingénieux, qui le fit réaliser des perfectionnements estimés, relatifs à l'électricité, en collaboration avec M. Marié-Davy, son caractère élevé, juste, sa sensibilité exquise ont pu en être l'origine, comme son dévouement sans bornes à ses amis, à ses malades, en ont précipité l'issue fatale. Objet d'une basse dénonciation politique en 1832, relative à la tentative d'assassinat de Louis-Philippe, il en subit avec courage et dignité toutes les conséquences. Aussi la mémoire de cet homme digne, au cœur si bon, survivra-t-elle chez tous ceux qui ont pu l'apprécier.

Bessières, ancien professeur à l'École de médecine do Toulouse, a été victime d'un acte de dévouement. Un incendie ayant éclaté dans son quartier, il descendit, quoique mal portant, pour porter aide, et il aidait courageusement, lorsque, sentant ses forces le trahir, il remonta chez lui. A peine avait-il gravi les premiers degrés de l'escalier, qu'il s'affaissa et rendit le dernier soupir. Ce trait peint l'homme.

Boddaert *J.*, chirurgien-principal de l'hospice civil de Gand, chevalier de l'ordre de Léopold, a succombé à soixante-treize ans, après une carrière aussi laborieuse qu'honorable et dignement remplie.

Boileau de Castelnau *Alphonse Auguste Raimond*, médecin de la Maison centrale de détention, chevalier de la Légion d'honneur, membre du Conseil général du Gard, mort à l'âge de quarante et un ans, à Nîmes. Ses titres, en révélant son mérite, disent assez ceux qu'il aurait pu obtenir en vivant davantage.

Chailly-Honoré, auteur d'un traité d'accouchement estimé et de plusieurs autres travaux d'obstétrique, était devenu l'un des accoucheurs les plus occupés de Paris. Tout son succès, paraît-il, consistait à savoir attendre. Membre de l'Académie de médecine, il ne prenait que peu de part à ses travaux. Choisi par le prince Napoléon, pour mettre au monde son premier-né, il dut, à cet honneur, d'obtenir la décoration de la Légion d'honneur et celle des saints Maurice et Lazare. Une congestion pulmonaire, survenue pendant un accès de fièvre intermittente, l'enleva, le 18 janvier, à soixante ans.

Coluzzi, l'habile opérateur napolitain, a causé, par sa mort, une douleur profonde, générale, comme le maître de la plupart des jeunes chirurgiens dont s'honore actuellement l'école napolitaine. — Aucun titre ne serait aussi glorieux pour sa mémoire que ce témoignage de considération professionnelle.

Comte *Achille* est mort à Nantes, recteur de l'Académie, à l'âge de soixante-quatre ans. Fils et petit-fils de médecin, il voulut l'être aussi, mais sans en exercer les fonctions. Il s'adonna à l'étude des sciences naturelles, et fut constamment employé dans l'administration.

Conolly *John*, l'auteur du *No-restraint*, l'un des aliénistes les plus distingués de l'Angleterre, frappé d'apoplexie, le 5 mars, a succombé, après quelques heures, à l'âge de soixante-douze ans. Zélé pour la science, ami sincère de l'humanité, esprit progressif, telles furent les qualités qui rendront son nom impérissable aussi bien que ses nombreux travaux de psychia-

trie, et qui le feront figurer à la suite de ceux des Pinel, Esquirol, par les importantes réformes qu'il introduisit en Angleterre dans le traitement des aliénés.

Dassier *Adolphe*, enlevé soudainement le 10 mai, à quarante-neuf ans, au moment où il venait d'atteindre le but de plusieurs travaux intéressants et de toute sa vie : sa nomination à la chaire de clinique externe à l'École de médecine de Toulouse. Trésorier de l'Association locale des médecins, membre distingué de la Société de médecine, il devait ces distinctions à son mérite et à son caractère honorable et doux. C'est une perte vivement sentie pour l'avenir du corps médical toulousain.

Del Chiappa, professeur de clinique médicale à l'Université de Pavie, est mort dans cette ville, à quatre-vingt-cinq ans, le 29 avril, après une laborieuse carrière. Outre plusieurs mémoires de médecine pratique, il s'est fait l'historien de la vie et des doctrines de Borda, de Rasori, de Macoppe, et a traduit le VIII[e] livre de Celse, alliant ainsi à sa propre instruction l'instruction des autres.

Dusol, ancien interne de Dupuytren, avec Legroux et Horteloup, après un exercice laborieux, dévoué et des plus honorables de quarante ans à Paris, est mort, le 16 avril, à soixante-neuf ans, en distribuant la plus grande partie des économies de cette longue pratique aux institutions dont il avait pu apprécier les actes de bienfaisance, et ses livres et ses instruments aux enfants de ses deux condisciples. Témoignage éclatant de la bonté de cœur de ce digne médecin, dont la thèse sur la *Luxation du métatarse* a eu les honneurs de la réimpression en 1826.

Fournier Deschamps, praticien de Paris dans toute l'acception vulgaire du mot. Toute son ambition consista à faire le plus de visites, comme si la quantité pouvait en racheter la qualité. Jamais il ne sortit de chez lui sans y laisser son itinéraire, avec l'adresse et l'heure de ses stations, afin de ne pas manquer les visites qui pouvaient se présenter pendant son absence. Descendue à ce niveau professionnel que trop de médecins adoptent, la pratique n'est plus une science ni un art, c'est un métier, et l'on peut dire de ceux qui s'y adonnent qu'ils profanent le temple.

Fritz, jeune médecin d'avenir, dont le savoir polyglotte et l'aptitude se révélaient dans ses travaux journaliers de la presse. Lauréat médaille d'or de l'internat des hôpitaux de Paris, il eût obtenu avec distinction tous les grades successifs dont celui-ci était la promesse et la garantie. Seul et obligé de vivre par son travail, au jour le jour, il fut atteint du choléra et succomba sans secours, le 20 août; mort qui a vivement impressionné tous ceux qui le connaissaient!

Gambarini *Alessandro*, médecin du grand hôpital de Milan, se distingua par une pratique savante et désintéressée. Sans famille, il se dévoua entièrement à sa profession comme plusieurs travaux en témoignent, ainsi que la bibliothèque et l'Instrumentarium qu'il a laissés. Mort le 23 janvier à soixante-quatre ans, profondément regretté de tous ses collègues.

Ganderax, médecin principal de première classe, jouissait d'une haute considération dans le corps du service de santé militaire. Il est mort à cinquante-cinq ans à l'établissement thermal militaire de Barèges, qu'il dirigeait. Dans la guerre de Crimée et d'Italie comme en Algérie, il fit preuve d'une observation lucide, d'un jugement sûr et de solides qualités qui l'élevèrent au rang distingué qu'il occupait, et lui valurent de nombreuses distinctions honorifiques.

Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis pendant plus de vingt ans, fut un des continuateurs des doctrines de Biett qu'il propagea surtout par ses leçons annuelles sous les tilleuls de ce vaste établissement. Son *Manuel des maladies de la peau* a eu un succès mérité. Son diagnostic était rapide et précis. Malgré une clientèle répandue et choisie et les titres de membre de l'Académie de médecine, agrégé de la Faculté, chevalier de la Légion d'honneur, Gibert ne fut jamais heureux suivant le monde. Il était d'un caractère triste, austère, estimant peu le monde et la vie, vivant isolé, retiré; sa foi religieuse suffisait seule à son bonheur. Aussi, atteint du choléra, mourut-il stoïquement en véritable chrétien, ne voulant rien faire pour combattre le mal, et répétant cette parole de soumission : *Fiat voluntas tua*.

Gould *Auguste*, docteur en médecine à Boston, président de

la Société médicale du Massachusetts, est mort subitement du choléra le 15 septembre, à l'âge de soixante et un ans. Fils d'un simple fermier et destiné à suivre la carrière de son père, la contemplation de la naturo éleva ses sentiments, et par un travail persévérant, une force de volonté remarquablo, il devint non-seulement un médecin distingué, mais un des naturalistes les plus savants des Etats-Unis. Après des cours particuliers de botanique et de zoologie au collége Harvard, il traduisit Lamarck (*Coquilles*), Gall, Rostan (*Diagnostic*) et publia les principes de zoologie, avec le professeur Agassiz et plusieurs autres travaux sur les mollusques. Ces travaux, en le faisant admettre dans la plupart des corps académiques de l'Europe, témoignent hautement de ses rapports avec les plus grands naturalistes de l'Europe, de l'activité et de la distinction de son esprit. Les Etats-Unis et notamment le Massachusetts, perdent en lui un de leurs plus illustres enfants, et la France, un de ses habiles interprètes.

Goyrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix, associé de l'Académie impériale de médecine, une des rares illustrations chirurgicales do province dont l'avis et les actes étaient pris en haute considération par les sommités parisiennes, en raison de ses nombreuses innovations, opérations et de leur valeur, a terminé sa laborieuse carrière le 25 juin, âgé seulement de soixante-trois ans.

Grimaud *Aimé*, ayant occupé constamment des postes officiels dans l'administration, a succombé le 10 janvier, âgé de soixante-seize ans. Lettré, il publia un grand nombre de travaux de médecine et d'autres, et obtint ainsi une certaine notoriété parmi les praticiens de Paris.

Guillot *Natalis*, professeur à la Faculté de médecine de Paris, officier de la Légion d'honneur, est mort à Nice, le 9 novembre, âgé seulement de soixante-quatre ans. Modeste et indépendant, il a toujours vécu dans l'isolement de toute camaraderie professionnelle, consacrant tout son temps à l'étude, aux recherches anatomo-microscopiques profondes et persévérantes, et vivant en vrai savant. Aussi lui doit-on plusieurs mémoires originaux qui ont pris place dans la science et qui y resteront pour perpétuer son nom, et une vie trop courte et si

bien remplie. Son dernier vœu a été de disparaître de ce monde comme il avait vécu, sans apparat ni discours officiels.

Gunther, chirurgien très-distingué, chef de la clinique chirurgicale de l'hôpital de Leipsick. Victime de l'épidémie cholérique, il a laissé de profonds regrets parmi ses confrères et ses concitoyens.

Hastings *Charles*, docteur en médecine et fondateur de la *British medical association*, est mort à Londres, le 30 juillet, âgé de soixante-treize ans, à la veille de la trente-quatrième réunion annuelle de cette grande association, à Chester. Connu par cette œuvre, aimé, honoré pour ses bienfaits, de toute la corporation médicale du Royaume-Uni, il laisse ainsi une mémoire qui lui survivra autant que cette association.

Hunter *Georges Yates*, a succombé maire de Margate, à soixante-dix ans. Quoique simple praticien, sa réputation était telle, surtout par sa pratique chirurgicale heureuse dans l'île de Thanet, qu'il était aussi connu du public et de ses confrères, que les sommités médicales de Londres. Honnête, loyal, dévoué, et d'un caractère inébranlable, il entourait sa vie professionnelle de rapports dignes et pleins de délicatesse ; aussi sa mort a-t-elle été généralement regrettée. Quelques travaux scientifiques marquent son nom dans la littérature anglaise.

Lamouroux *J. F.*, chevalier de la Légion d'honneur pour ses nombreux services de bienfaisance, est mort à soixante-treize ans, usé avant le terme par une vie des plus actives et des plus laborieuses. Il ne savait pas refuser ses soins, ni calculer s'ils seraient ou non rétribués. Profondément convaincu de la doctrine chrétienne, il y conforma tous ses actes et peut compter ainsi parmi les praticiens les plus honorables de Paris.

Lecœur *Jules*, professeur à l'École de médecine de Caen et connu par différentes productions comme l'un des plus vaillants travailleurs parmi les médecins de province, a succombé à cinquante-huit ans à une affection du cœur, en laissant à son fils le soin de continuer la réputation qu'il s'était acquise.

Mackesy, le docteur, doyen et chef vénéré de la corporation

médicale irlandaise, a succombé à Dublin. Malgré son âge très-avancé, sa mort a été un deuil public et a été l'objet des plus honorables manifestations dans toutes les classes de la société. Mourir ainsi, c'est vivre deux fois.

Mêlier *François*, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc., a succombé à Marseille pendant une mission sanitaire qu'il accomplissait le 9 septembre, âgé à peine de soixante-huit ans. Doué d'un esprit juste, de distinction et de fermeté, il y joignait une grande bienveillance qui attirait à lui et lui conciliait toutes les sympathies. On pouvait le contredire sans jamais exciter ni rencontrer chez lui humeur ni rancune. S'il contredisait lui-même, c'était toujours avec modération et convenance. Tour à tour praticien et savant, il se distingua également dans ces deux carrières et sut toujours s'élever au niveau do sa position. Ses mémoires ayant surtout trait à l'hygiène publique, témoignent par leur haute valeur de tout le mérite de M. Mêlier et do sa perte pour l'administration.

Montagne *Jean François Camille*, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, ancien chirurgien de marine et chirurgien en chef des armées, officier de la Légion d'honneur, a succombé à quatre-vingt-un ans. Plutôt connu comme botaniste que comme médecin, tous ses travaux se rapportent à l'histoire naturelle, et la profession ne peut revendiquer sa mémoire que par la haute honorabilité de toute sa vie de savant.

Morison *Alexandre*. M. D. condisciple de lord Brougham, à Édimbourg, a succombé le 14 mars, à quatre-vingt-sept ans. Ancien chirurgien ordinaire de la princesse Charlotte, en 1816, il s'adonna ensuite à l'étude des maladies mentales, et placé à la tête de plusieurs établissements consacrés à leur traitement, il se montra constamment l'émule de John Conolly, qu'il suivit de quelques jours dans la tombe. Sa *Physiognomony of mental diseases* en est le meilleur témoignage. Il a institué avant de mourir, sous la direction du Collége des médecins d'Édimbourg, un cours annuel de six leçons sur ces maladies, avec un prix pour le surveillant qui s'acquitte le mieux de ses fonctions. Dévouement touchant pour les pauvres infortunés privés de leur raison ! On ne peut mieux finir.

Parchappe, inspecteur général des aliénés de France officier de la Légion d'honneur, a succombé le 12 mars, à un cancer de l'estomac qui le tourmentait depuis plusieurs années âgé de soixante-cinq ans seulement. Aussi le trait saillant de son caractère était-il un sentiment extrême de sa personnalité que l'on peut rapporter à cette maladie. C'est ce qui l'empêcha de devenir membre titulaire de l'Académie de médecine, dont il était correspondant, ne voulant pas se plier aux exigences des visites. Son talent l'en rendait bien digne, ainsi que ses travaux et ses titres; mais sa fierté dédaigneuse l'en éloignait. Médecin savant, administrateur habile, philosophe lettré, il laisse sous ce triple rapport des travaux qui témoigneront au moins à la postérité de sa vie laborieuse et sans cesse occupée.

Pecchioli, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Sienne, et dont l'habileté opératoire lui valut de bonne heure une grande renommée en Italie, a succombé à Florence enlevé par une maladie chronique qui le tenait depuis de longues années éloigné de la pratique et de ses études.

Pénard *Jean-Louis*, chirurgien de l'hospice de Versailles et président de l'Association locale, chevalier de la Légion d'honneur, a succombé âgé de soixante-neuf ans. Notabilité aimée et respectée du corps médical de Seine-et-Oise, il revit dans son neveu qui a hérité de ses places, comme de ses qualités de cœur et d'esprit.

Pinel *Casimir*, neveu du grand Pinel et l'un des derniers représentants de ce grand nom de la médecine française, a succombé à l'âge de soixante-cinq ans. En suivant de bonne heure les traditions de son oncle, il en a porté le nom avec honneur et distinction par divers travaux sur l'aliénation mentale.

Ratier, l'ancien fondateur de l'École préparatoire à l'étude de la médecine, médecin du lycée municipal Rollin, fut toute sa vie un homme des plus laborieux. Ses succès scolaires comme interne, et chef de clinique, témoignent de ses études assidues. De nombreux travaux de matière médicale occupèrent ensuite sa jeunesse, et parvenu à l'âge mur, il se consacra entièrement à la pratique dans un quartier pauvre et populeux.

Revel *Eugène-Nicolas*, médecin des plus considérés de la Savoie, est mort à Chambéry, le 31 décembre 1865, après avoir été médecin du roi et de la famille royale de Piémont avant la réunion de la Savoie à la France, et occupé la chaire de physiologie. Par son zèle et l'honorabilité de son caractère il mérita l'estime de tous ses concitoyens, et obtint une clientèle distinguée.

Rostan *Léon*, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie, commandeur de la Légion d'honneur, a succombé dans sa soixante-dix-septième année, le 4 octobre, après six années de souffrances et de luttes contre l'affection cérébrale qui l'avait frappé et l'a emporté. Maître éminent, comme ses ouvrages et les élèves qu'il a formés en témoignent et en témoigneront à la postérité, Rostan restera le clinicien modèle, le clinicien par excellence. La génération médicale de 1815 à 1850, formée sous ses puissantes leçons de la Salpêtrière, de la Pitié et de l'Hôtel-Dieu, a ainsi propagé partout sa méthode féconde. Il fut un des membres les plus remarquables de cette pléiade de talents formée des Chomel, Andral, Bouillaud, Cruveilhier, qui durant cette époque illustrèrent l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris. Comme Laennec, Bayle et tant d'autres qui ont étudié spécialement la maladie dont ils sont morts, c'est au ramollissement cérébral, que le premier il avait bien fait connaître, que ce grand médecin a succombé.

Rouanet, l'auteur de la théorie des bruits physiologiques du cœur par le claquement valvulaire, présentée dans sa thèse inaugurale, le 31 août 1832, la plus satisfaisante pour l'esprit, et la mieux d'accord avec l'observation exacte de tous les phénomènes, est mort à la Nouvelle-Orléans, dans l'obscurité et l'oubli, après une lente désorganisation cérébrale.

Schnepp *Benjamin*, chevalier de la Légion d'honneur et du Medjidié de Turquie, lauréat dans plusieurs concours scolaires. Après de brillantes études, il était allé comme médecin sanitaire en Egypte, où, après un séjour de plusieurs années, il publia un bon livre sur le climat de cette contrée. Mais son esprit aventureux l'ayant fait revenir à Paris, il repartit bientôt comme vice-consul à Djeddah où, malgré son acclimatement en Orient, il trouva la mort presque aussitôt son arrivée.

Toynbee *Joseph*, anatomiste distingué, et le premier qui, spécialisant ses études aux maladies de l'oreille, en Angleterre, en ait fait sortir la thérapeutique d'une routine ignorante. En cette qualité, il fut attaché à *Saint-Mary's hospital* et diverses autres institutions charitables, nommé membre de la Société royale, et appelé en consultation par les premiers médecins et même à la Cour. Sa pratique était considérable. Il a publié de nombreux travaux sur ses études favorites. Des expériences qu'il poursuivait seul sur lui-même, pour l'introduction des gaz dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache, lui ont été fatales. Il fut trouvé mort dans son cabinet, le 8 juillet, après avoir expérimenté à cet effet un mélange de chloroformo et d'acide cyanhydrique. Il n'avait que cinquante et un ans.

Van Eschen, médecin militaire, rédacteur des *Archives belges de médecine militaire*, a succombé jeune encore aux progrès d'une affection chronique qui le dévorait. Jamais il n'abandonna un moment son poste de journaliste auquel le rendaient apte une intelligence vive, beaucoup d'activité, du talent de polémique, avec un style facile, incisif, piquant même, agressif parfois et ne souffrant pas la moindre attaque sans donner aussitôt la riposte. La presse médicale belge perd en lui un de ses plus vaillants représentants.

Vosseur *François* s'est surtout distingué par ses fonctions gratuites de trésorier de l'Association des médecins de la Seine, qu'il remplit avec fidélité et zèle pendant vingt-sept ans. La décoration de la Légion d'honneur lui fut accordée en cette qualité. Il est mort à soixante-huit ans, entouré des regrets de tous les membres do cette Société confraternelle.

Wattmann, chirurgien ordinaire de l'empereur François-Joseph d'Autriche, emporté par l'épidémie cholérique. Si sa réputation scientifique n'était pas à la hauteur de la position qu'il occupait, celle-ci témoigne du moins de ses hautes qualités comme praticien instruit, sage et prudent.

NERFS. Plusieurs faits collectés par MM. Charcot et Cotard, établissent que l'altération de certains nerfs frappés de névrite a donné lieu, dans quelques cas, à des éruptions vésiculeuses sur leur trajet. (*Soc. de biolog.*)

Nerfs sensitifs. Par de nouvelles recherches microscopiques sur les têtards, M. Rouget en constatant qu'ils se terminent dans les corpuscules de Pacini, par leur pénétration dans la substance centrale d'Enghelman, a reconnu 1° que ces corpuscules sont composés de substance conjonctive disposée par couche, faisant suite à l'enveloppe de Schwan qui entoure le nerf; 2° que leur substance centrale, loin d'être amorphe, comme le pensaient Enghelman et Ledig, est un amas de substance conjonctive disposée par lames, et entremêlée de noyaux pris pour des gouttelettes nerveuses, par ces auteurs. 3° Enfin que le cylindre de l'arc du nerf peut même être distingué dans la substance centrale.

Cette terminaison dans les appareils électriques a lieu en dentelle, et ne peut être bien observée que sur les animaux vivants. La queue des têtards présente cette disposition comme les poissons électriques. (*Acad. de méd.*, juin.)

Des affections chirurgicales des nerfs. Thèse pour le concours d'agrégation, par Tillaux.

NÉVRALGIES. *Les névralgies, leur forme et leur traitement.* Monographie analytique résumant avec détails tout ce qui a été fait sur ce sujet important, ayant remporté le prix de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, par le docteur Vanlair, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Bruxelles. Un volume grand in-8°. Bruxelles.

Précieux comme indicateur des principales théories ou doctrines sur la matière, ce travail manque en général de critique et d'observations personnelles; si bien faite qu'elle soit, ce n'est donc qu'une compilation ne contenant rien de nouveau.

NOURRISSONS. Voy. Allaitement, Mortalité.

O

OBSTÉTRIQUE. Une grande exposition obstétricale a eu lieu le 31 mars, au Collége des médecins de Londres, avec un grand apparat et un véritable succès. Une magnifique collec-

tion d'instruments, la plus riche de ce genre, sans doute, qui ait jamais été rassemblée, se trouvait exposée par ordre, suivant leur usage. De nombreux envois avaient répondu à l'appel de la Société obstétricale de tous les points de l'Europe : Belgique, Suède, Danemark, France, Autriche, Prusse, Russie, Italie, conjointement à ceux des accoucheurs et des fabricants de la Grande-Bretagne. Un premier groupe comprenait les instruments fœticides, le premier céphalotribe de Baudelocque *en tête*, joints à ceux du professeur Braün, de Vienne, Nyrop, de Copenhague, Assalini et d'autres. Dans un second figuraient ceux qui servent à extraire l'enfant vivant, et plus de cent forceps de toutes formes et de toutes grandeurs, vieux et modernes, étaient rangés par ordre chronologique, représentant les diverses modifications imprimées à cet instrument aux différentes époques et dans les divers pays. Ainsi à côté du forceps original de Chamberlen, prêté à cet effet par la Société médico-chirurgicale, était celui employé par Richter pour mettre au monde l'empereur Alexandre de Russie ; un forceps japonais, importé par sir Rutherford Alcock et prêté par le docteur M. Duncan ; et ceux de Denman, Smellie, Boers, Davis, Assalini, Torg, de Leipzig, Busch, Nœgèle, Saxtorph, Tarcitani, de Naples et le long forceps de Baudelocque. Il n'est pas fait mention du léniceps de Matteï.

Lettres obstétricales, par Ed. C. J. Von Siebold, professeur d'accouchement à l'Université de Gœttingue. Traduit de l'allemand par le docteur Alp. Morpain, avec une introduction et des notes par J. A. Stoltz, professeur d'accouchement à la Faculté de médecine de Strasbourg. In-12 de 268 pages.

OCCLUSION INTESTINALE. Ce titre générique a, du moins, un avantage : celui de ne pas préjuger la nature de la lésion qui produit l'occlusion ; lésion le plus souvent impossible à déterminer, qu'il s'agisse d'un volvulus, étranglement, torsion, invagination, constipation, engouement, ou simple contraction spasmodique. Il mérite donc d'être conservé comme s'appliquant à tous à la fois.

Dans l'incertitude de la nature précise de l'obstacle au cours des matières fécales, et devant l'insuffisance des moyens ordinaires, généraux, on néglige trop, suivant M. Isnard (de Marseille), les secours des moyens mécaniques. Dans leur diversité

d'action, tous ont rendu des services, tous ont donné des succès. Les boules métalliques, le mercure coulant, tant employés autrefois, contre l'invagination spécialement, sont à peu près rejetés aujourd'hui. Les douches et le marteau de Mayor, appliqués sur la peau du ventre, ont, parfois, réduit un étranglement interne en externe, par la contraction brusque et violente qu'ils provoquent des muscles de la paroi abdominale. L'électricité, en sollicitant les contractions intestinales, a eu également quelques bons résultats. La sonde soulève, dégage directement l'anse déplacée de l'intestin, et convient spécialement dans l'invagination située vers le côlon descendant, l'S iliaque ou le rectum. Les malaxations avec la main et les énormes ventouses ont réussi dans quelques cas.

Ces divers moyens pourront dégager les portions d'intestin retenues sous une bride, détruire les invaginations, modifier les engouements et remédier ainsi à l'occlusion (Trousseau, *Clinique médicale*). On comprendra aisément leur mécanisme, en assimilant le premier degré de l'étranglement interne à l'engouement d'une hernie ordinaire, et en comparant les malaxations et les grandes ventouses aux tentatives de réduction extérieure, avec cette différence que, dans l'occlusion, la manœuvre est plus aveugle, moins directe et moins sûre.

Injections forcées. Les insufflations d'air et les grandes injections d'eau froide ont entre elles beaucoup d'analogie. Elles l'emportent sur les moyens précédents par leur action plus générale, plus régulière, plus immédiate et plus complète; toutefois, les injections forcées, en particulier, ont une puissance incontestablement plus grande.

C'est à peine, cependant, s'il en est question dans les livres classiques récents; on les passe sous silence ou l'on se borne à les mentionner. M. Isnard a comblé cette lacune en recueillant les diverses observations éparses dans la presse périodique, au nombre de huit qu'il rapporte. Deux faits exposés par lui y sont joints, dont voici le résumé:

I. Enfant de quatre ans et demi, bien constitué, atteint d'occlusion intestinale au milieu d'une santé parfaite. Du 22 octobre au 6 novembre, la constipation persiste avec coliques intermittentes au début et vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, enfin, stercoraux. Le ventre acquiert un

volume considérable, sans fièvre, ni cette sensibilité exquise et superficielle de la péritonite.

Malgré l'emploi interne et externe de la plupart des médications usitées, notamment la belladone, le séné, le calomel, etc., tout reste sans résultat. Le 6 novembre, la dépression des forces est extrême, le pouls petit, filiforme, insensible, la respiration très-gênée, la peau froide et visqueuse, la face pâle et profondément altérée; les yeux enfoncés; la vie semble près de s'éteindre. Dans la soirée, un courant continu d'eau froide, aussi abondant que possible, est poussé par le rectum. Dans son affaissement, l'enfant s'abandonne presque sans résistance à cette manœuvre, dont le résultat immédiat est d'augmenter encore l'angoisse respiratoire.

Les selles ne tardent pas à avoir lieu. Elles se répètent plusieurs fois très-copieuses, avant minuit; l'eau est rendue, entraînant avec elle des gaz et des matières stercorales; celles-ci n'offrent rien de remarquable ni par leur quantité, leur dureté, leur fétidité gangréneuse, leur couleur noirâtre, ni par la présence de corps étranger ou de débris d'intestin.

A ces évacuations succède un soulagement instantané; le ventre se déprime; les vomissements s'arrêtent; la prostration cesse; la physionomie se ranime : tout, en un mot, signale la disparition de l'étranglement.

Le 12, l'enfant est bien, il se lève et a repris sa gaîté. Fonctions digestives régulières; une selle normale. Cet état satisfaisant dure encore une dizaine de jours. Les déjections alvines, en général naturelles, deviennent de temps en temps un peu liquides, sans jamais contenir de fragment d'intestin.

Le 23 novembre, une diarrhée abondante survient; rien ne peut l'arrêter; il y a tous les jours un grand nombre de selles; la maigreur et l'affaiblissement font de rapides progrès; l'enfant expire le 5 décembre.

II. Vieillard de soixante-douze ans, portant une hernie inguinale gauche volumineuse depuis vingt ans. Elle s'engoue en juin et offre de grandes difficultés de réduction, et détermine seulement le malade à porter un bandage.

En août, survient tout à coup une occlusion intestinale sans étranglement inguinal, l'intestin rentre et sort aisément; l'anneau est très-large et l'on ne constate ni tumeur, ni douleur à son voisinage.

Du 7 au 16 août, vomissements alimentaires au début, puis

muqueux et bilieux, plus tard stercoraux. Soif vive, ardente. Constipation invincible pendant une dizaine de jours. Les boissons et les purgatifs, d'abord rejetés par les vomissemonts, sont entièrement gardés à la fin. Météorisme et ballonnement énormo du ventre. Altération des traits; facies livide et grippé; anxiété, angoisses; pouls petit, misérablo, imperceptible; refroidissement de la peau; sueurs visqueuses; émaciation cadavérique; intelligence netto; voix éteinte; langue glacée; hoquet; état alarmant.

Après divers purgatifs par la bouche et en lavements — séné en particulier, belladone, glace — ayant définitivement reconnu l'impuissance de ces moyens, le médecin fait pratiquer une injection très-abondante d'eau froide. On persiste jusqu'à ce que le liquide soit violemment repoussé à l'extérieur malgré la volonté du malade. A la suite de cette tentative, des matières stercorales et beaucoup de gaz sont entraînés au dehors avec le lavement. Dès lors, la liberté do l'intestin est rétablie; les selles se régularisent; les symptômes locaux et généraux de l'occlusion cessent et le vieillard est rendu promptement à la santé. (*Union méd. de la Provence*, septembre.)

Dans les deux cas, le mal s'est révélé avec ses signes généraux les plus positifs : vomissements stercoraux, suppression complète des selles et des gaz, ballonnement du ventre. Il n'est donc pas possible de mettre l'occlusion en doute. Quant à en déterminer la nature, on est forcé d'admettre, par voie d'élimination, soit une invagination, soit la torsion de l'intestin sur lui-même, soit l'étranglement par un anneau ou une bride intestinale.

L'invagination étant, dans le jeune âge surtout, le mode le plus commun d'étranglement interne, il faut supposer un accident de cette nature, chez l'enfant sujet de la premièro observation. — Chez le vieillard, la présence d'une ancienne hernie rend très-probable la constriction d'une anse intestinale subitement engagée sous une adhérence.

A ces deux faits, nous pourrions en joindre un troisième analogue, observé par nous au mois d'août dernier, chez un homme de quarante-cinq ans. Tous les symptômes de l'occlusion se trouvaient réunis, lorsque les purgatifs liquides et solides étant vomis indistinctement, je fis placer le malade dans un grand bain, pour la troisième fois, en recommandant do lui pousser des lavements forcés avant d'en sortir. Cette manièro nous

somble plus commodo quo toute autro d'employer ce moyen avec succès. En offet, des gaz et dos matières fécales furent bientôt rendus et le pationt sauvé.

Ces faits permettent donc d'affirmer, comme le dit M. Isnard, l'utilité des lavoments forcés dans l'occlusion de l'intestin grêlo. Si ce mode de traitemont a moins de chances de réussir dans les étranglements do l'intestin grêlo et la valvule iléo-cæcalo que dans ceux du gros intestin, s'il rencontre alors des difficultés plus sérieuses, il est cependant destiné à rendre encore de véritables services. On l'emploiera donc sans hésiter quelles que soient les incertitudes du diagnostic relativement au siége et à la nature de l'occlusion : dans une situation toujours périlleuse, il constitue une méthodo thérapeutique à la fois simple, rationnelle ot féconde en résultats heureux.

Pompe stomacale. S'il serait téméraire d'espérer du succès do l'emploi de ce moyen dans le cas d'occlusion mécanique comme l'enroulement, l'invagination, la hernie, une tumeur, un entérolithe ou un changement de structure de l'intestin, il n'en est pas de même de la simplo contraction, spasmodique ou non. Des accidents de cette nature s'étaient montrés à trois reprises chez un goutteux, précisément avant l'accès qui, comme une crise heureuse, semblait y mettre un terme. Le 22 novembre 1865, n'ayant pas été à la garde-robe depuis quatro jours, l'huile de ricin, le calomel, le jalap, des sels, des bains, des lavements furent successivement administrés sans aucun résultat. Des fomentations sur le ventre et l'introduction d'un long tube jusque dans le côlon pour y pousser avec l'irrigateur des liquides purgatifs, furent aussi vains. La distension de l'abdomen était à sa dernière limite. Les symptômes généraux devenaient de plus en plus alarmants, lorsque le docteur Dickson, réuni en consultation avec MM. Fleming et White, le 26 novembre, proposa de faire passer de nouveau le long tube pour évacuer les gaz. On y fixa la pompe stomacale comme aspirateur. Le premier effet des coups de piston fut d'amener des gaz, puis ce furent des matières semi-fluides plein une cuvette. Le docteur White, qui soutenait l'abdomen, le sentait s'affaisser à chaque coup de piston ; un soulagement complet en résulta immédiatement.

Sous l'influence d'une nouvelle dose d'huile de ricin, des garderobes abondantes suivirent, et, comme d'habitude, tous

les symptômes graves disparurent avec la manifestation coïncidente de la goutte sur le gros orteil gauche. (*Med. Times*, avril.)

Plusieurs cas analogues, dus à la goutte, sont cités par le docteur américain Wood, dans son premier volume de *Médecine pratique*. La mort ici paraissait imminente, lorsque l'aspiration avec la pompe stomacale fut si heureusement employée. C'est peut-être la première fois, mais l'indication a été remplie d'une autre manière, c'est-à-dire avec la seringue ordinaire. M. Dechambre s'en servit aussi avec succès après avoir introduit un tube à plus de 40 centimètres, en retirant, par aspiration à plusieurs reprises, une grande quantité de liquide et de gaz (*Gaz. hebd.*, n° 19). M. Fonssagrives l'emploie également avec succès contre la pneumatose intestinale. On peut donc se servir indistinctement de ces deux instruments et tenter ainsi l'aspiration après avoir introduit soit des gaz, soit des liquides. — Voy. PNEUMATOSE.

OESOPHAGE. RÉTRÉCISSEMENT. La difficulté de distinguer cliniquement la contraction spasmodique d'une altération organique, surtout quand la première existe près du cardia, en a fait exposer les caractères différentiels par le docteur W. Brinton. Une douleur continue, profondément sentie au-dessous et à droite du sein gauche, augmentant par le passage des aliments et donnant la sensation d'un obstacle bien senti et, dans quelques cas, la régurgitation, en sont les symptômes communs. Mais, dans le rétrécissement spasmodique, la régurgitation arrive presque immédiatement après l'ingestion; dans le rétrécissement organique, le bol alimentaire descend avec plus ou moins de difficulté, jusqu'à l'altération où il s'arrête, s'accumule, pour être rejeté après quarante ou cinquante minutes.

Dans le premier, les liquides passent souvent plus dificilement que les solides dans l'estomac. C'est le contraire dans le second; de même pour la température. S'il n'y a que spasme, les aliments chauds, doux, traversent plus facilement l'obstacle, tandis que la difficulté à le vaincre est toujours la même quand il y a altération organique; sinon que froids, ils pénètrent plus facilement.

Le rétrécissement spasmodique est presque toujours précédé de dyspepsie par l'abondance des gaz qu'il détermine. Souvent localisé dans le pharynx, le spasme s'étend à l'œsophage, à

l'estomac et tout le tube digestif, en donnant lieu à des contractions comme des crampes. L'urine abonde en acide urique et urates.

Le tempérament nerveux, une grande mobilité de caractère et toutes les causes capables de la mettre en jeu, favorisent cette condition morbide. L'exploration avec la sonde permet d'ailleurs d'éclairer les doutes. (*Lancet*, mars.)

Imperforation. — A propos d'un cas observé sur un nouveau-né, M. Tarnier a tracé l'histoire anatomique de cet arrêt de développement, d'après les douze exemples qu'il a trouvés dans les annales de la science. La disposition la plus fréquente est la terminaison en cul-de-sac du bout supérieur à 3 ou 4 centimètres au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde, tandis que le bout inférieur dévié s'ouvre dans la trachée, à quelques millimètres au-dessus de la naissance des bronches. Une fois, la communication avait lieu avec la bronche droite.

On s'explique ainsi de véritables vomissements de matières muqueuses ou glaireuses provenant de l'estomac, ce qui, joint à l'évacuation régulière du méconium et de l'urine, a pu faire méconnaître ce vice de conformation, malgré la difficulté, l'impossibilité de la déglutition, le rejet des boissons et les accès de dyspnée qui en sont la conséquence. Le cathétérisme œsophagien est le seul moyen de lever les doutes.

Irrévocablement fatale dans ses conséquences, du troisième au quatrième jour, cette anomalie peut être combattue par des lavements de bouillon, mais ce n'est que prolonger l'agonie des malheureux qui en sont atteints. (*Acad. de méd.*, juillet.)

ONGLE. *Ongle incarné.* Le procédé suivant d'anesthésie locale a été employé souvent avec succès par MM. Richet et Tillaux :

Serrez avec un ruban de fil la racine de l'orteil, de manière à interrompre la circulation veineuse. Laissez tomber ensuite goutte à goutte de l'éther, en soufflant avec la bouche ou un soufflet ordinaire. Une minute après, l'orteil de rouge, pâlit, se décolore, blanchit et, après deux à trois minutes, l'opération peut être faite sans aucune douleur pour l'opéré même, en excisant la matrice de l'ongle et le rebord saillant qui le recouvre. Enlevez la ligature et appliquez des compresses imbibées d'eau froide. (*Bull. de thér.*, n° 9.)

Aujourd'hui qu'il existe des appareils spéciaux, simples et peu coûteux, sur le modèle de celui de Richardson, pour la pulvérisation de l'éther, ce procédé n'a plus de raison d'être, malgré sa simplicité, sinon pour les praticiens qui ne peuvent se procurer ces petits appareils pulvérisateurs.

Sulfure de carbone. M. Simonin (de Nancy) l'a substitué à la glace, dont il se servait habituellement comme M. Velpeau. — Voy. Anesthésie.

Un pansement particulier est employé par M. Gaillard (de Poitiers) pour empêcher la répullulation des chairs en dedans. Au milieu d'une bandelette de diachylon, longue de 1 mètre et large de 2 centimètres, il fixe, du côté non agglutinatif, un morceau de fort caoutchouc, de même largeur et long de 4 centimètres. Le diachylon divisé au milieu, on place le caoutchouc sous la face plantaire de l'orteil et, un morceau d'agaric étant appliqué sur la plaie, on rabat alternativement les deux extrémités de la bandelette sur l'orteil, puis sur le pied. (*France méd.*)

On comprend que, par son élasticité, le caoutchouc fasse ressort et, par sa rétraction continue, éloigne les chairs du bord tranchant de l'ongle tout en le déprimant. On change l'appareil tous les quatre à cinq jours, bien qu'il puisse rester en place plus longtemps.

Tumeur unguéale. Sur un enfant, ayant eu un panaris qui détermina la chute de l'ongle, M. Broca observa, entre la ligne articulaire de la phalange et le bord postérieur de l'ongle repoussé, une petite tumeur ayant la forme d'un pain de sucre, soulevant la peau et l'amincissant. A travers la peau, on constatait facilement la transparence du produit accidentel constituant cette proéminence. C'était un corps très-dur, mobile, se déplaçant très-bien dans tous les sens, en haut, en bas, en dedans, en dehors; n'ayant, par conséquent, avec les tissus sous-jacents, que des adhérences assez molles.

En examinant cette singulière tumeur, dont il n'a pas trouvé d'exemple analogue dans la science, M. Broca soupçonna aussitôt une production irrégulière du blastème unguéal. La surface sécrétante de ce blastème, modifiée par la maladie, la sécrétion n'en avait pas moins continué à se faire, mais avec irrégularité et en revêtant une forme différente de la normale, ce que l'examen direct a démontré. A l'aide d'une incision en V,

pratiquée en arrière de la tumeur, elle a pu être enlevée avec une pince : elle ressemblait à une dent de poisson, dure, faiblement adhérente par sa face profonde, plate, aux tissus sous-jacents et sans continuité avec le bord de l'ongle. La surface adhérente avait un aspect analogue à celui de la matrice unguéale.

Examinée au microscope, sa structure est entièrement semblable à celle de l'épiderme, identique, comme on sait, avec la structure de l'ongle normal. Mais tandis que, pour démontrer la structure cysto-nucléaire de l'épiderme, il faut soumettre le tissu à la macération dans la potasse, il suffit, au contraire, de couper avec le bistouri et de gratter la surface de la masse unguéale pour la voir aussitôt se résoudre en cellules à noyaux, formant un pavé très-serré, sans le moindre intervalle, et contenant chacune un petit noyau généralement très-peu granulé.

Y a-t-il analogie de cette production avec celles que l'on a désignées sous le nom de productions cornées ou de *cornes?* M. Broca ne le croit pas ; il n'a jamais vu que la surface de la peau donnât naissance aux productions cornées. Les cornes naissent toutes dans l'intérieur d'une glande ou d'un follicule cutané. Mais, à part cette origine, la coupe d'une corne est identique avec celle d'un ongle ; elle présente une couche de cellules épithéliales agencées comme celles d'une coupe de tissu unguéal. Il n'existe pas de caractère différentiel entre les productions cornées de l'homme et celles de l'animal. (*Soc. de chir.*, octobre.)

OPÉRATION CÉSARIENNE. *Modifications opératoires.* Par son succès, autant que par les particularités qui le distinguent, le fait suivant, recueilli à la clinique du professeur Wasseige (de Liége), mérite d'être noté : Primipare de trente-quatre ans, rachitique, demandant elle-même à être opérée. Elle est soumise à la chloroformisation, dont l'influence cesse après l'extraction d'un enfant vivant et du placenta. Néanmoins, au lieu de procéder immédiatement à la réunion de la plaie, trois doses de 75 centigrammes de seigle ergoté sont successivement administrées à quelques minutes d'intervalle, et des éponges imbibées d'eau fraîche sont maintenues constamment sur la plaie; ce n'est qu'après une demi-heure d'attente que l'hémorrhagie ayant cessé, on la réunit par des points de suture métallique enchevillée et des bandelettes.

Cette modification du procédé généralement suivi n'est pas sans importance. Elle tend à prévenir l'épanchement de sang dans la cavité abdominale, qui peut être la source d'accidents fort graves, et met plus sûrement en garde contre la sortie des intestins, en permettant à l'opérateur d'agir en parfaite reconnaissance des tissus.

Tout allait bien malgré une réaction assez vive et des symptômes paraissant se rapporter plutôt à l'étranglement qu'à une péritonite franche, comme absence de selles, douleurs locales très-vives, vomissements des purgatifs, lorsque des matières fécales s'écoulent par la plaie le dixième jour, en coïncidant avec la cessation de tous les autres accidents. L'amélioration augmente, malgré cet écoulement qui se manifeste également par le vagin douze jours après. Mais il diminue bientôt de part et d'autre et, des évacuations naturelles ayant lieu, permettent de fermer d'abord la plaie abdominale. L'opérée reprend des forces et, trois mois après, elle était parfaitement guérie. (*Acad. de méd. de Belg.* et *Scalpel*, n° 39.)

Une perforation consécutive de l'extrémité inférieure de l'intestin est sans doute manifeste, mais comment s'est-elle produite? est-ce par étranglement entre les lèvres de la plaie, comme le veut l'auteur? Sa modification n'aurait donc pas d'avantage à cet égard. La persistance des selles par la voie naturelle, autant que la guérison spontanée de cette perforation, peuvent faire admettre, en effet, que la paroi intestinale s'étant engagée dans la plaie, un travail inflammatoire et d'élimination s'en est suivi, et que la guérison a eu lieu ensuite par adhérence. Mais comment expliquer l'issue des matières fécales par le vagin? Cette perforation reste donc un mystère qui rend la guérison d'autant plus remarquable.

Ce succès obtenu dans une maternité, malgré de si graves complications, est rapporté à l'isolement à peu près complet dans lequel cette femme fut tenue. Il plaide ainsi en faveur de ce nouveau système, instamment réclamé par la science et l'humanité, à mettre en pratique du moins pour les cas de grande opération obstétricale et de fièvre puerpérale.

OPHTHALMIE. Ophthalmie purulente. Selon MM. Depaul et Trélat, elle coïncide parfois, sous forme épidémique, avec les affections puerpérales dans les maternités, comme si ces affections, si différentes en soi, se développaient sous l'influence d'une même cause.

Aux cautérisations énergiques et aux lavages continuels, M. Serre d'Alais substitue la méthode suivante, qui ne lui a jamais fait défaut quand elle est bien suivie. Jour et nuit pendant les trois premiers jours, les paupières de l'enfant sont entr'ouvertes tous les quarts d'heure, une demi-heure au plus si la sécrétion n'est pas très-abondante pour donner issue au pus, et l'on passe en même temps sur le globe oculaire un pinceau imbibé d'eau miellée ou vinaigrée. Si la maladie est trop avancée avec chémosis et étranglement, il ponctionne la cornée pour en prévenir la perforation.

Pour M. Foucher, d'accord en cela avec MM. Depaul et Blot, elle n'est pas aussi grave qu'elle semble au premier abord. C'est-à-dire que, bien soignée, elle est aussi bénigne qu'elle est terrible quand elle est négligée. A l'aide du traitement adopté par ce chirurgien, les yeux ne doivent jamais être perdus. Il suffit de faire, à de courts intervalles, des injections chlorurées qui balayent la surface de la conjonctive et d'instiller, de trois à cinq fois par jour, entre les paupières bien débarrassées de pus quelques gouttes d'un collyre ainsi composé :

℞	Azotate d'argent.......	20 centigrammes.
	Eau distillée.........	30 grammes.

La formule des injections est celle-ci :

℞	Chlorure de soude........	20 grammes.
	Eau................	100 —

Ces injections doivent être d'autant plus rapprochées que la production du pus est plus grande. Le traitement dont il s'agit appliqué un grand nombre de fois par M. Foucher, dans différents hôpitaux, et quelquefois à Saint-Antoine, dans un service de femmes en couches, a constamment été suivi de succès (*Soc. de chir.*, janvier).

La contagiosité en est démontrée par le succès des mesures prises par M. Le Fort, à l'hospice des Enfants assistés. Prévoyant que les nombreux cas d'ophthalmie purulente existant en permanence dans cet établissement étaient dus surtout à la contamination par l'intermédiaire des objets de pansement et même du personnel médical, y compris les médecins, il a isolé les malades dans deux salles, l'une pour les enfants à la mamelle, l'autre pour les plus âgés ; toute communication a été interdite entre cette partie du service pourvu d'infirmières spéciales

avec une éponge et un pinceau séparés pour chaque enfant. Les nourrices dormaient dans un dortoir spécial, le plus grand soin avait lieu pour les objets de pansement.

Mises en pratique dès son entrée dans le service au 1er janvier 1865, ces mesures firent promptement descendre le nombre des cas. De 49 dans le premier trimestre, ils descendirent à 39 dans le deuxième, à 20 dans le troisième et à 13 durant le quatrième, tellement qu'au 31 décembre, l'hospice ne renfermait pas un enfant atteint de cette maladie ; ce qui ne s'était peut-être jamais vu.

Et comme preuve que la contagion, la contamination directe en est bien la cause efficiente, c'est que de 23 intérieurs, dans le premier trimestre, ils s'abaissèrent à 11 dans le deuxième, à 15 dans le troisième et à 3 seulement dans le dernier. Le meilleur remède contre cette dangereuse ophthalmie est donc l'isolement des malades et l'observation des mesures prophylactiques dans les hôpitaux d'enfants. (*Soc. de chir.*, février.)

Ophthalmie scrofuleuse. Sous ses formes multiples, M. Giraud-Teulon emploie avec grand avantage le calomel qu'il considère comme un spécifique pour la cornée. Mais avec la précaution de l'employer seul, sans addition de sucre et en poudre impalpable. Il en projette, une seule fois par jour, une pincée entre les paupières à l'aide d'un petit pinceau qu'un coup sec sur le doigt met en vibration. De cette manière, au lieu d'en observer les effets irritants, substitutifs, signalés par tous les auteurs, il le trouve altérant, cicatrisant dans toutes les kératites superficielles, primitives ou consécutives, vésiculeuse, ulcéreuse, etc. Dans les cas de photophobie intense, il ajoute une application de teinture d'iode pure sur le front, et à l'aide des adjuvants internes ordinaires, il a vu céder ce symptôme opiniâtre, même chez les enfants les plus susceptibles dans l'espace d'une semaine. (*Ann. d'ocul.*, décembre 1865.)

Ophthalmie sympathique. A propos de deux exemples qui ont fait le sujet de sa leçon clinique, M. Dolbeau trouve qu'elle serait plus justement dénommée *ophthalmie réflexe*, puisque c'est sous l'influence manifeste de cette action sur les nerfs ciliaires qu'elle se produit (*Union méd.*, n° 79). On ne saurait mettre trop de précision dans les termes pour simplifier les explications.

Ophthalmie granuleuse. Deux ingénieurs français attachés aux travaux de l'isthme de Suez l'ayant contractée furent traités vainement sur les lieux par les moyens usités. Revenus en France pour se guérir et entrés à la Maison municipale de santé à cet effet, ils furent soumis exclusivement par M. Demarquay au traitement de la pulvérisation avec la solution suivante :

℞ Eau	60	grammes.
Tannin	2	—

Mêlez.

La dose du tannin fut graduellement élevée à 4 puis à 6 grammes, moyennant quoi, malgré leur résistance, ces ophthalmies guérirent parfaitement. (*Ann. d'oculist.*, mai et juin.)

De l'ophthalmie diphthéritique, par le docteur Raynaud, ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8° de 116 pages.

OPHTHALMOLOGIE. *Emploi de l'anesthésie.* En vantant l'anesthésie pour certaines opérations oculaires, comme l'extraction de la cataracte à lambeau durant laquelle la contraction violente des muscles de l'œil et des paupières peut être la cause de graves accidents immédiats, M. Wecker donne la préférence à l'emploi de l'éther pur comme moins dangereux que le chloroforme. En le faisant inhaler à haute dose, il anesthésie presque aussi rapidement que le chloroforme. (*Bull. de thérap.*, mai.) Et l'excitation qu'il provoque?

Emploi du calomel. C'est d'un remède topique, considéré comme le *spécifique de la cornée*, mais bien connu cette fois, que M. le docteur Giraud-Teulon s'est occupé ; seulement il apporte dans l'emploi et le *modus faciendi* de ce collyre sec de telles modifications, qu'elles peuvent être le secret des effets et des succès remarquables qu'il en obtient. — Voy. Ophthalmie scrofuleuse.

Obstruction des voies lacrymales. Les résultats par la méthode de Bowmann et Weber étant loin d'être satisfaisants quand il y a grande distension du sac, M. Windsor en a tenté l'oblitération au moyen du chlorure de zinc. Le patient étant chloroformisé, une longue incision verticale ouvre le sac de haut en bas, le contenu en est nettoyé, et de fines sondes d'argent sont intro-

duites à travers les voies lacrymales, de façon à s'assurer de la position de leurs orifices dans la cavité. Le sac est alors bourré de charpie, et l'appareil renouvelé chaque jour. A la fin de la seconde ou de la troisième journée, un petit morceau de linge bien enduit de pâte de chlorure de zinc est introduit avec soin, dans la cavité, de façon à entrer en contact avec toute sa surface interne; on le laisse là une heure environ. Cette application n'est pas sans produire une certaine sensation de douleur, et amène dans quelques cas une tuméfaction générale. L'eschare est éliminée en quelques jours, et, dans l'espace de quinze jours à trois semaines, la plaie est, en général, complétement guérie.

En suivant cette méthode de traitement, deux précautions sont d'importance essentielle : 1° Le sac doit être largement ouvert, de telle façon que toute sa surface intérieure puisse être mise en rapport avec le caustique ; en effet, si une portion de la membrane muqueuse a été épargnée, une sécrétion s'ensuivra, et un abcès ou une tumeur peut en être la conséquence ; 2° En appliquant le caustique, les lèvres de la plaie doivent être soigneusement évitées, autrement il y aurait cicatrice.

On peut naturellement se demander ce qu'il advient du liquide sécrété par la glande lacrymale. Sans doute, l'évaporation a lieu en une certaine mesure sur la surface de la paupière inférieure; mais quelque surprenant que soit le fait, il est certain que les malades traités par cette méthode se plaignent fort peu d'épiphora, et quelques-uns point du tout, excepté sous l'action du vent. (*Ann. d'oculist.*) — Voy. Fistule lacrymale.

Fistule de la cornée. Afin de l'oblitérer, le professeur Businelli pénétra, avec la pointe d'un kératome lancéolaire, à travers l'ouverture de la fistule, et lui donnant une direction oblique vers l'intérieur entre la cornée et l'iris, il convertit la fistule en incision linéaire. Il lui fut facile alors de saisir à l'aide d'une petite pince un repli de l'iris, qu'il attira doucement au dehors, et qu'il abandonna ensuite entre les lèvres de la plaie, de façon à produire une procidence artificielle de cette membrane. Au bout de trois à quatre jours, la petite portion procidente de l'iris rendit impossible la sortie de l'humeur aqueuse; elle se gonfla et se transforma en une petite vésicule qu'il fallut plus tard exciser. La fistule se reproduisit alors, mais comme ces rebords étaient formés par du tissu iridien adhérent à la cornée, quelques légères cautérisations avec la pointe d'un

crayon très-fin de nitrate d'argent suffirent pour amener une prompte cicatrisation. (*Giorn. d'oftalmologia ital.*, 1865.)

Recent advances in ophthalmic science. (Progrès récents de l'ophthalmologie), par le docteur H. W. Williams, chirurgien oculiste de l'hôpital de Boston. Joli et coquet volume de 180 pages, format Charpentier, avec 27 belles planches noires, Boston.

Par la clarté et la méthode d'exposition, ce travail qui a remporté le prix Boylston pour 1865, à l'Université Harvard, mérite de devenir classique dans les colléges américains. Elémentaire dans la forme, il contient cependant un procédé de suture de la cornée, propre à l'auteur, qu'il dit avoir employé un nombre considérable de fois avec succès, après l'extraction du cristallin dans l'opération de la cataracte. Ayant omis de le décrire à ce mot, en voici l'exposé :

Suture de la cornée. Avec une aiguille ordinaire, des plus fines et des mieux trempées, que l'on réduit à un quart de pouce de long seulement en y faisant une nouvelle pointe, un simple fil fin de soie ou de lin est passé dans le chas, et l'aiguille, tenue avec une pince, traverse ainsi les deux lambeaux de la cornée. Le fil est noué sans être trop serré, car il doit rester en place jusqu'à ce qu'il tombe lui-même, ce qui n'arrive ordinairement qu'après plusieurs semaines ; mais il y aurait danger de rouvrir la plaie en l'enlevant, à moins que ce soit pendant l'anesthésie. L'intolérance extrême de la cornée pour les corps étrangers pourrait faire craindre que cette suture n'y détermine une vive irritation, mais il a reconnu que cette suture peut ainsi rester en place jusqu'à sept semaines, sans inconvénient.

Cette tolérance constatée, on comprend les avantages de la réunion immédiate de la cornée pour prévenir tous les accidents qui peuvent survenir par la non-réunion des lèvres de la division : leur suppuration, l'écoulement de l'humeur aqueuse et l'inflammation de l'iris, de la capsule et de la choroïde, etc. Ce procédé mérite ainsi l'attention des ophthalmologistes. — Voy. Staphylôme.

OPHTHALMOFANTOME. Appareil de caoutchouc durci pour exercer les élèves à faire des opérations sur les yeux,

construit par MM. Robert et Collin, et se distinguant de ceux inventés dans le même but par la mobilité des paupières de caoutchouc. Il sert à simuler ce premier temps, consistant, dans certaines opérations, à ouvrir les paupières et à les tenir écartées. On peut ainsi se servir de l'ophthalmostat comme sur le vivant. (*Acad. de méd.*, novembre.)

OPHTHALMOSCOPIE. Sur l'initiative de M. le professeur Bouisson, une salle particulière, consacrée à l'ophthalmoscopie, a été annexée à l'hôpital Saint-Eloi, à la Faculté de Montpellier. Convenablement disposée par les soins de l'Administration des hospices, cette salle a été pourvue d'un mobilier spécial avec tous les instruments d'exploration nécessaires. En développant les études ophthalmologiques parmi les élèves, en les favorisant avec les nouveaux procédés d'investigation de cette branche importante de la chirurgie, la clinique externe de Montpellier acquerra entre les mains du célèbre chirurgien une amélioration très-profitable aux progrès et à la solidité des études.

Ophthalmoscope de M. Galezowski. A cet instrument si simple et portatif (voy. année 1865), M. le professeur Laugier a fait une modification qui en rendra l'emploi encore plus facile aux praticiens et concourra à vulgariser cette nouvelle méthode de diagnostic. Il remplace la lampe mobile destinée à éclairer l'œil, et qu'il était toujours plus ou moins long de placer au point voulu, par un bougeoir fixe tournant à volonté à droite et à gauche, et fixé au corps de l'instrument. La lumière tombe ainsi infailliblement au point voulu. (*Acad. de méd.*, mai.)

Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique et les maladies cérébrales qui en dépendent, par Galezowski. Un vol. grand in-8° avec une planche chromo-lithographiée et trois figures intercalées dans le texte. Paris.

L'anatomie microscopique en constatant une circulation distincte de la pupille et du nerf optique, explique les lésions diverses et les causes distinctes qui les produisent. Cette observation nouvelle donne un cachet tout nouveau à cette monographie.

Lectures on diseases of the eye (Leçons sur les maladies de l'œil), par Macnamara, professeur de chirurgie oculaire à Calcutta, Londres. Cette première partie a trait spécialement aux

affections réclamant l'usage de l'ophthalmoscope pour en établir le diagnostic.

Manuale di oculistica pratica (Manuel d'oculistique pratique), de Stelwag von Carion, traduit en italien sur la seconde édition allemande par le professeur Quaglino, un gros volume in-8° de 976 pages avec planches, Milan.

OPHTHALMOTHÉRAPIE. Sans être d'origine récente, l'application de l'eau aux maladies des yeux a reçu de tels perfectionnements et une si grande extension, qu'elle forme une médication nouvelle. Depuis l'emploi de la douche oculaire d'eau simple contre l'ophthalmie purulente, introduite par M. Chassaignac, à l'hôpital des Enfants trouvés, dès 1847, elle a subi des innovations qui méritent d'être connues. M. le docteur Rieux, son interne et son collaborateur, en propageant cette médication dans les hôpitaux de Lyon, a reconnu l'indication d'un liquide médicamenteux ou d'eaux minérales appropriés à chaque espèce d'ophthalmie. Ainsi, les eaux alcalines dans les conjonctivites rebelles, douloureuses, des sujets sanguins, dont les larmes sont souvent brûlantes et acides. Les eaux sulfureuses ou iodurées dans les ophthalmies chroniques et surtout scrofuleuses, produisent une réaction très-favorable. De nombreuses observations sont rapportées à l'appui, où les eaux d'Uriage, de Challes, de Vichy, etc., ont été employées par lui avec le plus grand succès. (*Journ. de méd. de Lyon*, juillet et octobre 1865.)

Mais c'est surtout l'eau simple ou minérale divisée, atomisée, pulvérisée par des appareils appropriés, selon la méthode de M. Sales-Girons qui constitue la nouveauté. Expérimentée, il y a plusieurs années par M. Demarquay, toujours à l'avant-garde du progrès, elle semblait délaissée sans que son action fût parfaitement élucidée. M. Rieux, en accordant qu'elle peut rendre des services dans les cas simples de phlegmasie oculaire, la croit insuffisante pour produire, dans les cas graves, les effets réactionnels nécessaires, indispensables (*loco citato*); assertion contradictoire avec les faits qu'il invoque lui-même, car si l'eau simple ou minéralisée, employée en douches, peut être absorbée localement, comme il le soutient avec raison, au point de produire ces réactions salutaires, comment le même liquide pulvérisé, atomisé et projeté avec force ne le serait-il pas quand la division des liquides comme des solides est au

contraire une condition des plus favorables à leur absorption par les muqueuses comme par la peau? Et cela d'autant plus que le liquide est abondant et que l'observation dure davantage.

C'est ce qu'un jeune hydrologiste d'avenir, M. le docteur E. Tillot, a démontré par les faits dans deux mémoires successifs : *De la pulvérisation appliquée aux ophthalmies chroniques*, 1865. *Etude clinique sur la pulvérisation externe*, 1866. A l'aide de l'emploi exclusif des eaux cuivreuses et ferrées de Saint-Christau, dont il est médecin-inspecteur, employées avec le pulvérisateur du docteur Meyer, il a obtenu des résultats remarquables dans diverses ophthalmies chroniques. Des kératites simples et compliquées ont été guéries ou améliorées rapidement. La kératite même panniforme, si grave et tenace, ou compliquée d'albugo, en a subi aussi une influence très-heureuse; l'albugo a même entièrement disparu dans un cas, et la cornée s'est éclaircie considérablement dans les autres, au point de permettre au malade de distinguer la couleur des objets et de pouvoir espérer recouvrer la vue. Ces effets sont confirmés par M. Lambron qui, avant la pulvérisation, obtenait des résultats satisfaisants dans les ophthalmies scrofuleuses, avec les eaux sulfureuses de Luchon. Avec celle-ci, dit-il, les guérisons sont beaucoup plus rapides. La pulvérisation détermine l'absorption du liquide pulvérisé et le dégorgement des vaisseaux capillaires de la région où elle frappe.

Relatées avec tous les détails authentiques à la Société d'hydrologie, ces observations justifient donc entièrement l'emploi de cette méthode et son enseignement dans les cours officiels comme M. le docteur Foucher, l'un des premiers, le fait en France.

ORCHITE. *Diagnostic différentiel.* Tandis que dans l'orchite uréthrale, la plus fréquente, il y a constamment de la tuméfaction et de la douleur dans le canal déférent et surtout dans l'épididyme, rien de semblable n'existe dans l'orchite parenchymateuse épidémique ou non, suivant M. Jarjavay. Et comme la tuméfaction est due à l'infiltration de lymphe plastique dans le tissu cellulaire unissant les circonvolutions de l'épididyme, d'où compression des veines du testicule et gêne de la circulation, il y a constamment épanchement de sérosité dans la tunique vaginale, dans la première et rien dans la seconde. De là

l'indication, la nécessité des ponctions seulement dans l'orchite uréthrale.

Toutefois un danger semble particulier à l'orchite épidémique, c'est l'atrophie du testicule, qu'elle succède ou non aux oreillons. M. Goubaud en a observé plusieurs cas chez de jeunes élèves du lycée Saint-Louis. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juin). — Voy. Testicule.

Eau végéto-minérale. A tous les moyens plus ou moins héroïques et d'une application souvent difficile et embarrassante, le professeur Timermans de Turin, a ajouté celui-ci, comme pouvant suffire dans l'orchite ou l'épididymite blennorrhagique. Sans doute, elle doit être d'intensité moyenne. Le docteur Fubini en a obtenu du succès dans un cas de ce genre. (*Gaz. med. di Torino*, n° 34.) C'est donc à n'appliquer ce remède que dans les cas subaigus que son indication paraît devoir se borner.

OREILLONS. Leur métastase sur les testicules, les mamelles et même les grandes lèvres semble une question résolue (Voy. Testicule). Dans l'épidémie qui a sévi sur la garnison et la population d'Arras, en 1864, M. Rizet observa l'engorgement des testicules dans le plus grand nombre des cas chez les adultes. Un rapport même assez curieux eut lieu à cet égard : l'engorgement du testicule gauche coïncidait avec celui de la parotide droite et réciproquement. Quelques enfants furent atteints d'engorgements mammaires. Deux sapeurs du génie eurent les mamelles douloureuses et engorgées. Deux femmes éprouvèrent des douleurs très-intenses dans le petit bassin et paraissant venir des ovaires. (*Bull. méd. du Nord*, décembre 1865.)

Si cette métastase sur l'ovaire est loin d'être évidente ici, M. le docteur Meynet l'a observée dans un cas qui ne semble pas admettre le doute ni la contestation. C'était chez une jeune domestique de seize ans non réglée, entrée dans son service de l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 1er juin 1865, pour deux oreillons qui vont en augmentant le lendemain et diminuent les jours suivants, lorsque le 8 juin, la malade commençant à manger sans douleurs des mâchoires et toute grosseur ayant disparu, la fièvre recommence avec symptômes généraux et une douleur locale dans les deux fosses iliaques, surtout à droite, augmentant au toucher. Elle disparaît bientôt à gauche, mais

pour persister à droite où l'on perçoit une tuméfaction notable, arrondie, occupant le siége de l'ovaire et qui se dessine les jours suivants au point de ne pas laisser le moindre doute sur l'engorgement de cet organe revêtant le volume d'une grosse noix assez mal circonscrite et donnant une sensation de résistance.

Malgré des topiques fondants, l'empâtement et la douleur persistaient le 25 juin lorsque des maux de reins et de la pesanteur dans les aines font penser au molimen menstruel chez cette fille non réglée; des emménagogues sont prescrits en conséquence, mais comme pour ne laisser aucun doute sur le caractère de cet ensemble morbide, la fièvre reparaît le 27 et au lieu des règles le lendemain, à la disparition de tous les accidents abdominaux a succédé le gonflement parotidien des deux côtés comme au début; il y a de l'angine avec gonflement des ganglions sous-maxillaires, témoignant par là qu'il s'agissait bien d'une vraie métastase. (*Gaz. méd. de Lyon.*, n° 14.)

ORGANISATION. Sur la convocation du maire de Dijon, le 27 décembre 1865, le corps médical de cette ville a été réuni et a adopté les conclusions suivantes :

1° Création d'un conseil sanitaire, comprenant tous les médecins, ayant pour mission de faire connaître l'état sanitaire de la ville et de proposer les mesures propres à l'améliorer. Il se réunirait tous les trois mois à la mairie, et nommerait son bureau chaque année, qui ferait fonction de commission permanente.

2° Vérification des décès par tous les médecins acceptant les fonctions de vérificateurs.

3° Constatation des naissances à domicile.

4° Création d'un service municipal de santé, ayant pour objet d'assurer à tous les indigents les soins médicaux et les médicaments.

En Belgique, c'est le projet d'une caisse de pensions et de secours en faveur des membres de la *Fédération médicale belge*, leurs veuves et leurs orphelins légitimes, qui est en cause. En donner l'économie serait impossible; il faut en lire les statuts élaborés par M. le docteur Van Holsbeck. Le point principal est que, moyennant une contribution annuelle de 12, 18 ou 24 fr. payable en deux fois, et un droit d'entrée de 10 francs, une pension de 6, 12 ou 1800 francs est assurée à chaque sou-

scripteur après vingt ans de participation. Ce sont là des conditions propres à tenter tous ceux qui ont à s'assurer une pension viagère pour leurs vieux jours, et comme la majorité des praticiens est dans ce cas, nul doute que ce projet ne soit pris en considération.

OSTÉOGÉNIE. Depuis que la chirurgie s'est emparée des données acquises ou plutôt découvertes par les physiologistes sur la propriété ostéogénique du périoste pour l'appliquer aux résections, cette question a acquis un intérêt de premier ordre. Il ne s'agit plus en effet de recherches purement spéculatives, de science seule, de haute physiologie, comme cela a été longtemps le cas, sur la production des os, il s'y joint un but plus élevé, d'une utilité immédiate, la conservation des membres ou d'autres parties intégrantes du squelette et souvent de la vie même de l'individu. En précisant et en étendant les limites du domaine des résections sous-périostées, comme en révélant des sources nouvelles de la formation des ostéoplastes, ces recherches expérimentales concourent à assurer les progrès de la chirurgie conservatrice et réparatrice, objet constant des efforts de l'homme de l'art.

S'il est parfaitement démontré et unanimement reconnu que le périoste est la membrane productrice de l'os par excellence, il n'est pas admis de même que ce rôle doive lui être exclusivement dévolu comme le voulait Duhamel. M. Flourens et M. Ollier, les deux plus ardents défenseurs et propagateurs de sa doctrine ont eux-mêmes reconnu que d'autres organes y contribuaient. L'évidence de ce fait le rend indéniable; mais l'interprétation qu'ils en donnent en atténue considérablement la portée. M. Flourens annihile ainsi le rôle de la moelle en admettant l'existence d'un périoste interne dont la démonstration reste à faire, et M. Ollier le restreint aussi considérablement en n'assignant à cette pulpe médullaire qu'un rôle accidentel, réparateur, comme à tous les tissus de substance conjonctive. L'adhésion n'est donc qu'apparente, le désaccord persiste au fond, et s'il est vrai que, plus large, la théorie cellulaire ne fait pas ces distinctions subtiles et permet de concilier tous les faits, de rallier toutes les opinions à ce sujet, il n'en est pas moins nécessaire, instant pour la pratique chirurgicale, de préciser et de fixer définitivement l'action réelle et incontestable de la moelle et d'autres tissus dans la production du périoste.

De nouvelles expériences ont été faites à cet effet à Bruxelles et à Paris, à peu près simultanément, là sur un chien, ici sur des lapins, en raison de l'aspect lisse et parfaitement uni du canal osseux chez ces animaux, sans aspérités ni lamelles osseuses. Le 10 mai 1865, M. Goujon en reséquant 3 centimètres de la diaphyse du fémur, sur deux jeunes lapins, put ainsi extraire de ce fragment, en le brisant, un petit cylindre de moelle rouge, assez résistante et parfaitement homogène. Sur l'un de ces animaux, on greffe ce fragment de moelle sous la peau; sur l'autre, dans la profondeur des muscles de la cuisse. Placés ensuite dans de bonnes conditions, ces deux animaux se rétablirent promptement et, sacrifiés le 5 juillet, deux mois après l'expérience, le premier ne présente aucune saillie sous la peau ; la moelle avait été complétement résorbée et l'on trouvait à peine quelques traces de l'opération qu'il avait subie. Chez le second, au contraire, on percevait une petite tumeur résistante et peu mobile. Enlevée immédiatement, elle se montre composée de deux parties très-distinctes : l'une, celle qui adhérait aux muscles, était composée de six petites lamelles osseuses, se touchant toutes par un de leurs côtés et formant ainsi un petit canal hexagonal d'un centimètre de long, parfaitement régulier et dans lequel se trouve de la moelle encore rouge. L'autre partie de la tumeur était constituée par de la moelle à l'état graisseux, rappelant assez exactement la moelle des vieillards. (*Soc. de biologie*, avril.)

Ces premiers résultats sont indécis et ne résolvent pas la question. En se répétant, ils pourront devenir plus concluants et il serait surtout intéressant de chercher à les obtenir comparativement avec la moelle et le périoste, en faisant les résections sous-périostées. On aurait ainsi la mesure réciproque du pouvoir ostéogénique du périoste et de la moelle dans des conditions parfaitement identiques et comparables.

C'est précisément ce qu'a réalisé M. le docteur Kops (de Bruxelles). Sur un chien d'un an, parfaitement bien portant, il reséqua avec la gouge et le maillet, le 22 novembre 1865, un fragment de 3 centimètres du côté externe et de 2 du côté interne du tibia, après en avoir préalablement détaché le périoste qu'il réunit ensuite au tissu musculaire environnant, avec des sutures métalliques. La moelle fut laissée *in situ*. La plaie réunie et pansée permet au chien de marcher dès le lendemain; il est gai, bien portant, sans symptômes morbides. Du pus

sanguinolent s'écoule de la plaie le 27, l'animal marche et mange bien, quoique ayant déchiré, arraché son bandage, lorsque, sans symptômes morbides, il est trouvé mort le 4 décembre au matin, ayant encore bien mangé la veille.

L'autopsie, pratiquée le même jour, montre une entérorrhagie. Du pus sanieux entoure le foyer de la résection. Le bout supérieur du tibia est dénudé par la langue du chien et présente un renflement d'aspect spongieux et rougeâtre, beaucoup plus volumineux que le corps de l'os, se continuant avec le tissu médullaire par un rétrécissement pédonculé et sans rapport avec le tissu compact. Le bout inférieur se continue avec une production de nouvelle formation qui semble dépendre du périoste conservé intact du côté externe, et qui se continue avec le bout supérieur du péroné, fracturé sans doute par les coups de maillet.

Il n'y a donc ici que le renflement du bout supérieur qui paraisse en faveur de la puissance régénératrice de la moelle. Le microscope n'y découvrit, il est vrai, que quelques granules de graisse et des cellules fusiformes de tissu conjonctif ordinaire; mais en raison du peu de temps écoulé entre la résection et la mort, l'auteur estime que c'est là une grande présomption pour admettre que plus tard ce tissu conjonctif eût subi la transformation osseuse. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, nos 6 et 7.)

Incomplète, cette expérience ne donne et ne pouvait donner que des probabilités; d'autres seulement pourront la rendre concluante pour attribuer à la moelle, comme le veut M. Kops, une part dans bon nombre de cas, surtout chez les enfants, de ces régénérations osseuses rapides, complètes, que l'on rapporte exclusivement au périoste alors même que l'on ne peut dire s'il a été ménagé, conservé. Mais un troisième élément, dont l'auteur ne parle pas, doit entrer ici en ligne de compte : c'est la suppuration dont le rôle effacé vient d'être invoqué de nouveau par M. le professeur Sédillot, pour expliquer également ces mêmes régénérations. Après avoir rappelé qu'une suppuration longue, persistante, a existé dans la plupart des cas récents de reproduction périostique, il insiste sur ce fait : que l'inflammation suppurative provoque, à la surface des tissus qui en sont le siége, une proligération cellulaire extrêmement active et y développe la membrane pyogénique dont les cellules, après son épaississement, sa granulation, au lieu de se changer en pus, se transforment parfois en ostéoplastes qui, s'étendant de proche

en proche, concourent à la formation, la régénération des os. C'est donc une affirmation erronée, d'après le savant professeur, que d'attribuer exclusivement, dans ce cas, la reproduction osseuse au périoste ; le plus souvent les sources en sont multiples et le périoste, ménagé avec tant de soin, n'y a qu'une part restreinte. La preuve, c'est que le résultat est à peu près le même, qu'il soit ou non conservé. La régularité de la forme de l'os en est le seul avantage. Les gaînes périostées, en fournissant un moule régulier aux cellules osseuses, leur permettent de s'y tasser, d'en suivre les contours et de reproduire un os d'une forme plus exacte et plus normale. Mais la suppuration même refait le périoste enlevé et les ossifications irrégulières, styloïdes, mamelonnées, lamellaires, les cordons fibreux eux-mêmes seraient des reproductions faites par la suppuration. (*Gaz. de Strasbourg*, juin.)

Ce n'est donc plus un seul élément, mais trois que comporte la solution de ce problème. Soulevés tour à tour et séparément, ils se réunissent aujourd'hui pour le compliquer. Comme toutes les questions à mesure qu'on les étudie, celle-ci grandit, s'étend, se complique. A cause de son actualité, il convient de n'en pas dissimuler les difficultés ; les faire connaître est le plus sûr moyen de les résoudre. C'est pourquoi nous rappelons ici qu'elle doit être envisagée sous le triple aspect du périoste, de la moelle et de la membrane pyogénique. Reste à déterminer la part et le rôle de chacun de ces différents tissus dans la régénération osseuse.

Sur la structure, le développement et la régénération des os. Thèse inaugurale soutenue à la Faculté de médecine de Strasbourg, par M. A. Joly (de Montpellier) et ayant obtenu une médaille d'argent au concours annuel de la Faculté. — Voy. Abcès.

OTORRHAGIE. *Ligature de la carotide.* N'ayant pu l'arrêter par aucun moyen, chez un de ses malades, phthisique de quarante-sept ans, M. Axenfeld pensa à l'*ultima ratio :* la ligature, et appela M. Broca à cet effet. Celui-ci, se rappelant que, dans un cas semblable, l'autopsie avait montré la source de l'hémorrhagie dans une ulcération de la carotide interne, au niveau de son trajet dans le canal carotidien, tenta de lier cette artère ; mais il lia réellement la carotide primitive, comme l'autopsie le prouva ensuite. L'hémorrhagie cessa

immédiatement, et ne se reproduisit plus jusqu'à la mort, arrivée un mois plus tard par les progrès de la phthisie.

Un grave enseignement de ce fait, c'est que la suppression soudaine de cette quantité si considérable de sang artériel dans le cerveau n'amena pas le moindre trouble dans celui-ci. Le malade a continué sa conversation au moment où le vaisseau a été étreint par le fil, sans que le cerveau ait paru s'en ressentir. (*Soc. de chir.*, avril.)

L'hémorrhagie provenait d'une perforation de la carotide interne au niveau de son trajet dans le canal carotidien, par le détachement d'une lamelle de la lame compacte qui sépare ce canal de la caisse du tympan. C'est le huitième cas de ce genre, relaté dans la science, ainsi que M. Jolly l'a montré en les réunissant et en les interprétant dans un mémoire in *Arch. gén. de méd.*, juillet.

L'un est celui de M. Chassaignac, relaté dans son *Traité de la suppuration*. Une récidive foudroyante et mortelle de l'hémorrhagie ne permit pas de pratiquer la ligature. M. Baizeau en rapporte un aussi, en tout semblable, où la ligature de la carotide primitive n'empêcha pas l'hémorrhagie de se reproduire mortellement vingt-quatre heures après. Une double perforation de la carotide interne fut trouvée au niveau de sa première courbure pour expliquer l'insuccès. Un quatrième fait a été observé par M. Sée, et M. Choyau en rapporte un cinquième, mortel en deux jours par l'abondance de l'hémorrhagie, sans que la ligature fût pratiquée, et offrant deux perforations comme dans le troisième.

Dans tous ces cas, l'accident survint à la suite d'une otorrhée chronique, symptomatique d'une carie du rocher, coïncidant, dans les trois premiers, avec des tubercules pulmonaires. De là la prévoyance de ce danger mortel chez les personnes ainsi doublement atteintes. L'ulcération de la carotide, par sa contiguïté à la portion cariée, ou sa perforation simple ou double par de petits séquestres, est donc la cause qui le produit le plus souvent.

Ce n'est pourtant pas là la source unique de cette hémorrhagie; la veine jugulaire interne, le sinus pétreux supérieur et le sinus latéral peuvent aussi la produire. Syme rapporte ainsi le cas d'un enfant atteint d'écoulement purulent par l'oreille, à la suite d'une scarlatine , qui fut atteint d'otorrhagies répétées peu après, que la ligature de la carotide interne n'arrêta

pas. L'autopsie montra, en effet, l'intégrité de ce vaisseau; le sang provenait d'une ulcération faite au sinus pétreux supérieur par un séquestre du rocher. La clinique médicale de Graves en contient un semblable observé par Porter, si ce n'est que le flot et la couleur indiquaient du sang artériel. Mais Toynbee constata que la carie de la caisse du tympan avait déterminé l'érosion du golfe de la veine jugulaire interne, d'où hémorrhagie et mort. Un écoulement sanguin se manifesta de même chez un homme atteint de carie du rocher, et ne cessa qu'avec la vie du malade. La carie avait mis le sinus latéral en communication avec la cavité de l'oreille.

De quelque manière qu'il ait lieu, cet accident est donc des plus graves. La couleur du sang et la forme de son écoulement peuvent en faire prévoir l'origine. Une fois la perforation produite, l'hémorrhagie se fait, soit par l'oreille, soit par les fosses nasales ou le pharynx. Le sang peut même s'accumuler entre les os de la base du crâne et la dure-mère qu'il a décollée. Une quinte de toux a été, dans deux cas, la cause déterminante de l'issue du sang. La saignée l'a arrêté dans un cas; le plus souvent, c'est la syncope; mais le remède curatif est la ligature, et encore n'y a-t-il guère d'espoir jusqu'ici à fonder sur ce moyen extrême. (Voy. *Bull. de la Soc. anat.*, t. IX.)

OVARIOTOMIE. L'initiative, qui en était généralement attribuée à Laumonier (de Rouen), en 1781, appartiendrait au docteur Houstoun, qui l'exécuta, en 1701, aux environs de Glascow (*Gaz. hebd.*, n° 28). La relation de ce fait curieux et concluant se trouve dans le volume XXXIIIe des *Philosophical Transactions*. Londres, 1826, p. 8.

On a cherché à en expliquer les insuccès par le milieu, par l'influence de l'air ambiant, par la nationalité des malades, dit M. Kœberlé. Plausibles au premier abord, ces propositions ne peuvent guère s'accorder avec les faits. A Strasbourg, il a été pratiqué sept opérations par divers confrères; toutes les opérées ont succombé. Mes collègues de Strasbourg n'ont pas été plus heureux que ceux de Paris, quoiqu'ils aient opéré dans le même milieu que moi. On ne peut donc pas plus attribuer les insuccès à l'influence de l'air si incriminé de Paris qu'à l'air de Strasbourg. D'ailleurs, 3 succès ont été obtenus à Paris, même depuis 1864, tandis qu'à Lyon une première opération, faite avec succès en 1862, a

été suivie de quatre opérations devenues mortelles. Trois opérations, pratiquées à Reims, ont également été mortelles; néanmoins, une de mes opérées de Reims a guéri. M. de Krassowski, à Saint-Pétersbourg, a obtenu 3 guérisons sur ses 6 premières opérations; M. Étilling, à Cassel, a fait 10 ovariotomies jusqu'en 1866, 6 fois avec succès. MM. Battlehner, à Carlsruhe; Nusbaum, à Munich; Schlossberger, à Leipzig; Mesterton, à Upsal, etc., ont également obtenu d'heureux résultats. A Édimbourg, l'ovariotomie a été constamment mortelle jusqu'en 1862; depuis, elle a fourni les résultats les plus remarquables entre les mains de M. Keith; ce n'est pas pourtant la constitution des malades — qui d'ailleurs étaient *anglaises* — ni le milieu qui ont changé.

Quoi qu'il en soit, l'avenir de cette opération est définitivement assuré, à en juger par ses progrès. L'habile initiateur de la chirurgie moderne en Portugal, le professeur Barbosa, l'a introduite dans ce pays, en la pratiquant pour la première fois à Lisbonne sur une jeune fille de vingt-quatre ans. Le kyste, dont l'existence remontait à trois ans, était multiloculaire, entouré d'adhérences, très-volumineux, rempli d'un liquide visqueux si épais qu'il ne sortit que très-difficilement par une grosse canule. Malheureusement, après des espérances de guérison, une péritonite survint et enleva l'opérée le sixième jour. Mais les bases, les succès de cette opération, sont trop bien établies maintenant pour ne pas la répéter devant ce premier insuccès.

Pour son succès même, il n'est pas sans utilité de signaler une nouvelle méprise analogue à celle que nous avons déjà relatée (voy. année 1865). Au lieu de la rate, c'est le rein qui a été pris pour un kyste de l'ovaire par le docteur Baum, de Gœttingue. La tumeur avait été ponctionnée préalablement et diagnostiquée comme telle par l'issue du sérum. Ce n'est que dix-huit mois après que le liquide s'étant reproduit dans des proportions incompatibles avec l'existence, l'abdomen fut ouvert. Après la division du péritoine, le kyste se montra de couleur rouge bleuâtre avec de nombreux vaisseaux saillants à la surface. Ponctionné, il donna issue à 25 pintes de liquide d'abord clair, puis trouble et purulent à la fin. Mais l'excision fut ensuite rendue impossible par l'étendue et la solidité des adhérences avec l'intestin, notamment le côlon transverse et descendant. La paroi antérieure fut seulement excisée et les

bords réunis avec les parois de l'abdomen par six points de suture. La mort survint le deuxième jour et l'autopsie révéla l'erreur. C'était un kyste du rein gauche atrophié, à parois très-épaisses, s'étendant de la partie supérieure de la région lombaire à la surface du bassin et remplissant toute la cavité péritonéale de droite à gauche, tellement que tous les organes circonvoisins en étaient refoulés, comprimés (*Archiv für klin. Chir.*). Nouvel avertissement pour rendre l'examen aussi minutieux que possible avant d'opérer.

Contre cette redoutable opération, Scanzoni invoque la récidive qui en serait la conséquence sur l'ovaire non enlevé. Rien jusqu'ici ne prouve la réalité de cette assertion. M. Spencer Wells a constaté que l'un et l'autre ovaire sont atteints avec une fréquence égale, et que dans le tiers à la moitié des cas terminés par la mort, l'autopsie a montré que tous deux étaient atteints. Pourtant, la maladie ne débute pas simultanément, car sur les 150 premières opérations qu'il a exécutées, il n'excisa les deux ovaires que dans 7 cas, et dans 3 autres seulement l'ovaire non enlevé fut soupçonné malade. Dans 3 cas seulement, l'ovaire examiné et conservé comme sain fut ensuite atteint, et encore, dans deux de ces cas, la maladie était de nature maligne. Les résultats montrent donc qu'après une première ovariotomie heureuse, la guérison peut être, règle générale, regardée comme définitive.

D'ailleurs, en cas de récidive, une seconde opération peut être exécutée sans offrir plus de danger que la première, comme 4 cas en témoignent. Le premier est celui du docteur Atlee (de Philadelphie), dans lequel l'ovariotomie, suivie de succès, fut pratiquée seize ans après la première; le deuxième est dû à M. Spencer Wells, l'opération ayant été faite neuf mois après la première ; le troisième du docteur Bird est relatif à une récidive opérée quatorze ans après. Ces deux derniers cas furent suivis de mort, mais M. Spencer Wells en a relaté un quatrième suivi de succès, chez une fille de vingt-quatre ans, opérée par lui, une première fois en février 1865. La tumeur pesait 29 livres. L'ovaire droit était sain et pendant un an la guérison se maintint parfaitement. Mais au quinzième mois la récidive se manifesta et fut si rapide dans son développement qu'au dix-huitième mois, une tumeur pesant 18 livres fut enlevée avec un succès égal à la première (*Roy. med. and chirurg. Society*, nov.). Sur cette petite statistique, les succès sont donc de moitié.

Cautérisation du pédicule. Dans la troisième série de ses ovariotomies, composée de 13 cas, M. Baker-Brown n'a eu que 3 morts. Or, en analysant le nombre total de ses opérations depuis un an et s'élevant à 36, au point de vue de l'occlusion du pédicule, la mort n'est arrivée, un seul cas excepté, que dans ceux où la ligature a été ajoutée à la cautérisation du pédicule (*British med. Journ.*, septembre). Nouveau témoignage en faveur de la supériorité de ce procédé. (Voy. année 1865.)

Il est pourtant insuffisant parfois comme hémostatique, quand les artères du pédicule ont acquis un calibre considérable égal à celui de la fémorale par exemple. C'est ainsi que MM. Baker-Brown et Harper ont été obligés de recourir à la ligature consécutive du pédicule pour arrêter l'écoulement du sang. Sur 8 cautérisations pratiquées par ce dernier, la ligature est devenue nécessaire dans 2. Le cautère actuel ne doit pas d'ailleurs être employé chez les femmes très-grasses, le pédicule graisseux prenant feu au contact du fer chaud. (*Royal med. and chir. Society*, novembre.)

P

PANCRÉAS. *Squirrhe.* Chez un charpentier de cinquante-six ans, entré le 19 septembre 1865, à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier, n° 13, ayant quitté son travail depuis trois mois, par suite de faiblesse et de vomissements irréguliers, M. Boucaud observa un amaigrissement excessif, accusant un trouble profond de la nutrition. Ictère très-foncé, sans albuminurie ni hématurie. Les hémorrhagies spontanées des maladies hépatiques faisaient défaut. Le foie, indolore, paraissait avoir conservé son volume normal au moins en haut. En bas, une tumeur dure, bosselée, peu douloureuse au toucher, du volume d'une grosse pomme, occupe l'hypochondre droit. Elle rend un son mat qui se continue avec celui du foie, moins une ligne sonore qui suffit à faire exclure une affection hépatique. Un kyste de cet organe n'eût pas amené un amaigrissement si marqué. Un squirrhe pouvait seul l'expliquer. Restait à en déterminer le siége. La palpation en montrait le développement d'arrière en avant, et non de haut en bas et la pression, en déplaçant la tumeur de droite à gauche et en rendant la mobilité évidente, acheva de montrer qu'elle ne dépendait pas du foie.

L'absence de constipation, d'hématémèse, de mélæna, la con-

servation de l'appétit, l'irrégularité des vomissements, tout montrait qu'elle ne dépendait pas de l'estomac. L'ictère indiquait seulement ses rapports avec les voies biliaires. L'absence de ptyalisme, de sialorrhée, de selles aqueuses abondantes, signes des affections pancréatiques, éloignaient l'idée de son siége réel. En effet, le malade, ayant succombé le 15 octobre, l'autopsie démontra une tumeur squirrheuse, lardacée, grosse comme une tête de fœtus, occupant la tête du pancréas, se continuant avec le corps de cet organe et s'arrêtant au col. La partie antérieure est assez mobile quoique entourée par le duodénum, interposé à droite entre la tumeur et le foie. Elle englobait les canaux cholédoque et pancréatique, et, en supprimant la sécrétion du suc pancréatique, en s'opposant à la circulation de la bile, elle avait provoqué l'amaigrissement extrême et rapide qui en était le symptôme le plus saillant. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1865.)

Études sur les maladies du pancréas, par le docteur Ancelot; brochure in-4°, Paris. Résumé comparatif des diverses affections de cet organe, leurs causes et leurs effets sur les organes voisins.

PAPILLOME. M. W. Roser décrit, sous ce nouveau titre, la prolifération inflammatoire des papilles de la peau, avec abcès dans leurs interstices et coalescence, union de leurs extrémités libres plus ou moins tuméfiées. Ses analogies avec le cancer, les condylomes et le lupus doivent surtout l'en faire distinguer soigneusement.

Le visage, les pieds et les mains en sont le siége habituel. Une phlegmasie circonscrite de la peau avec multiplication rapide et hypertrophie des papilles du derme en forment le caractère. De petits abcès se multiplient à leur base, et les papilles, en s'élevant, se soudent à leur sommet, de manière à former des ponts, des brides. Il est parfois difficile de distinguer ces abcès papillaires des abcès sudoripares ou *hidrosanite*.

A l'état aigu, il a de l'analogie avec l'eczéma et le furoncle. Les transitions sont surtout remarquables dans les parties garnies de poils. Quand l'inflammation gagne profondément et donne lieu à un exsudat fibrineux, il peut y avoir analogie avec le furoncle superficiel. Il ressemble surtout au tubercule anatomique, avec abcès interpapillaires; mais sa marche envahissante, serpigineuse, et sa résistance aux traitements les plus actifs le distinguent suffisamment.

Cette affection succède aux brûlures, au traumatisme, sans causes spécifiques manifestes. Pourtant, les abcès interpapillaires s'observent dans les condylomes et le lupus, et la soudure des papilles sous l'influence syphilitique.

Le papillome inflammatoire guérit le plus souvent spontanément. Des lotions d'eau blanche ou des onctions de pommade au précipité suffisent pour la favoriser. Ce n'est que par exception qu'il devient nécessaire d'exciser les excroissances papillaires.

En voici un exemple type :

Un homme de vingt ans entra à la Clinique, le 9 juin, portant aux jambes de larges ulcérations à bords décollés, suite d'abcès froids et, sur la face dorsale des pieds, des papillomes volumineux de 3 pouces de long, 1 à 2 de large et un demi-pouce d'élévation. L'aspect était celui d'une amygdale hypertrophiée. La pression faisait sourdre du pus ou une espèce de purée blanchâtre, par une centaine de petites ouvertures correspondant à autant d'abcès interpapillaires, distincts ou confluents, et tout un réseau de traînées cicatricielles formant des ponts, avec une texture analogue à celle qui succède aux décollements de la peau chez les scrofuleux. Cet état existant depuis six ans avait résisté à plusieurs traitements. La résection des papilles hypertrophiées et des traînées cicatricielles suffirent à modifier cette surface, qui se cicatrisa rapidement sans rétraction notable, les parties superficielles du derme étant seules enlevées. (*Arch. der Heilkunde*, première livraison.)

De là l'utilité d'un diagnostic différentiel avec les diverses maladies qui ressemblent au papillome inflammatoire.

PARALYSIES. Paralysie générale. Il résulte de la pratique du docteur Munoz, comme médecin de l'asile des aliénés de la Havane, établissement unique dans l'île, qu'elle y est peu-commune, et que la presque totalité des cas s'observent chez les blancs étrangers, mais dans une proportion moins forte que dans les climats tempérés. Les indigènes, même nègres, en sont moins fréquemment atteints que les étrangers, mais plus que les blancs et les femmes plus que les hommes, contrairement à ce qui s'observe dans la race blanche.

Il rapporte aussi plusieurs exemples de manie ambitieuse non suivie de paralysie générale, principalement chez les hommes. (*Ann. méd.-psychol.*, mars.)

Ces données sont intéressantes sans doute, mais ne reposant que sur un petit nombre d'observations, et une pratique de deux années seulement, elles demandent confirmation avant d'être admises sans réserve.

Nitrate d'argent. Ce n'est plus seulement la teinte ardoisée de la peau qui est à craindre par son usage interne prolongé, mais son action directe sur la muqueuse buccale, comme M. Guipon (de Laon) en a observé le premier un exemple manifeste. — Voy. Stomatite.

Artérite noueuse. A l'autopsie d'un homme de quarante-sept ans, mort à l'hôpital de Fribourg d'une paralysie générale, à marche très-rapide, on constata, entre autres lésions, des nodosités rondes, blanches ou jaunes, grosses comme des grains de pavot, sur les parois de presque toutes les petites artères. Celles de la plupart des muscles en contenaient, notamment ceux de la mastication. Situées principalement à la division des plus petites branches artérielles, où elles forment comme une couronne de roses, elles sont si abondantes que l'on peut en compter une douzaine par pouce carré. Elles sont moins abondantes sur les artères du tissu cellulaire sous-cutané, où elles forment des groupes, des agglomérations qui peuvent être perçues pendant la vie. Très-développée dans les artères coronaires, cette dégénérescence se retrouvait dans celles du bas-ventre, du foie, des reins et de l'intestin. (*Deutch. Arch. für klinische Med.*, I.)

Paralysis agitans. *Glycosurie.* Maladie rare et peu connue, mal désignée sous ce titre, puisqu'il n'y a rien de paralysé et que les muscles conservent toute leur contractilité et leur force; plus exactement nommée *chorea festinans* par Sauvages, et mieux encore *chorea procursiva* par Bernt. Il n'y a qu'un trouble, une agitation désordonnée du système musculaire. M. Topinard en rapporte, dans tous ses détails, un exemple extrêmement curieux, très-remarquable, observé sur un médecin de soixante-trois ans qui, exposé quotidiennement, depuis quarante-trois ans de pratique, à de grandes fatigues et aux vicissitudes atmosphériques, fut pris, à soixante-deux ans, d'une impulsion irrésistible qui le pousse en avant et l'oblige, pour ne pas tomber, à trottiner sans cesse, le corps penché, *de troubles bizarres de la vision*, de *glycosurie* et de *satyriasis*,

phénomènes qui n'avaient pas encore été signalés. Un an après, il présente du tremblement des membres supérieurs et, trois ou quatre ans plus tard, un léger embarras de la parole. Son caractère s'altère, devient très-mobile, et il ressent à la nuque une sensation pénible de pression. Quatre ans et demi après le début, la glycosurie est considérablement améliorée, tandis que le tremblement des membres supérieurs et la propulsion en avant ont augmenté. La force musculaire, la sensibilité générale, les fonctions recto-vésicales et les facultés intellectuelles restent indemnes, et X... continue à vaquer à ses occupations professionnelles.

La glycosurie était-elle ici symptôme ou complication? On peut même admettre, comme M. Fritz, que tous les phénomènes morbides étaient sous sa dépendance; car les symptômes nerveux diminuaient ou augmentaient avec celle-ci, que le moindre écart de régime suffisait à influencer. Mais l'auteur pense tout autrement. Les quelques autopsies, faites dans ce cas, ayant montré une induration des centres nerveux avoisinant le quatrième ventricule, notamment le pont de Varole, la moelle allongée et de la partie supérieure de la moelle cervicale, et la lésion du quatrième ventricule étant considérée comme la cause du diabète, il voit là une extension de la lésion anatomo-pathologique de la *paralysis agitans*, témoignée par ses symptômes spécifiques. (*Gaz. des hôp.*, n° 21.)

Telle est l'interprétation donnée à ce fait; mais, si savante et ingénieuse qu'elle soit, elle n'a pu réunir l'adhésion des jeunes membres de la Société médicale d'observation qui l'ont trouvée trop hardie et hasardée, et leurs réserves à cet égard sont trop sages pour ne pas s'y associer.

Paralysie ascendante aiguë. SYMPTOMATOLOGIE. Chez une femme de soixante ans, observée par le docteur Caussin, après une certaine gêne de la marche, pendant deux à trois jours, sans avoir pour cela cessé ses travaux, il se déclare tout à coup dans la nuit des fourmillements dans les membres inférieurs, des étouffements avec *douleurs vives dans la région lombaire.* Elle ne peut rester couchée; la marche est impossible. Il n'y a ni maux de cœur, ni vomissements, ni douleurs de tête; point de paralysie de la vessie ni du rectum. Intelligence intacte, parole facile. Motilité à peu près nulle des extrémités inférieures; sensibilité intacte, sinon un peu obtuse

dans les pieds, surtout à gauche. Mais la *pression est douloureuse sur les vertèbres lombaires.* Couchée sur le dos, elle accuse, dès le lendemain, des douleurs vives dans la région dorsale et dans la région lombaire quand elle est assise. Paraplégie complète; déjà, il y a des fourmillements dans les membres supérieurs; la main gauche ne peut plus serrer, les étouffements augmentent et la mort survient le soir même. (*Gaz. des hôp.*, n° 23.)

Dans cette photographie de la paralysie ascendante aiguë, on remarquera l'addition des douleurs spontanées et provoquées par la pression le long de la colonne vertébrale; signe non indiqué jusqu'ici, et qui semble devoir être pris en grande considération, pour déterminer le siége de cette maladie.

L'exemple relaté à la *Société de médecine de l'Aisne*, par M. Mart. Gru, médecin à Montagny, est surtout remarquable par l'invasion subite et la rapidité de la mort. C'était chez un enfant de cinq ans, faible et anémique, ayant éprouvé un refroidissement prolongé, le 8 avril. Douze jours après, c'est-à-dire le 20, alors que rien n'indiquait une invasion si grave, il se lève comme d'habitude et tombe aussitôt à droite et à gauche. Croyant à de la malice, la mère le corrige, le replace sur une chaise dont il tombe aussitôt.

Il déjeune comme d'habitude sans se plaindre, sinon du genou gauche. Vers onze heures, il ne peut déjà plus porter la main à sa tête pour se gratter. Il ne peut bientôt plus se maintenir assis sur le carreau pour jouer. On le replace au lit où il mange avec ses mains; mais, dès le lendemain, il ne peut plus s'en servir. Physionomie naturelle; intelligence saine; un peu de céphalalgie frontale, pas de fièvre; langue blanche, sans déviation; constipation. Nul autre symptôme morbide, sinon que les membres sont douloureux à la pression.

Malgré un purgatif, des frictions sèches sur la colonne vertébrale et des sinapismes, tous les symptômes ont augmenté le lendemain. La tête ne se soutient plus droite. La voix et la toux sont affaiblies; l'expectoration plus difficile, malgré l'état normal de la poitrine. Selles et urines volontaires. A midi, une consultation a lieu : la paralysie des extrémités inférieures est complète; les mains et les avant-bras jouissent encore de quelques mouvements; la déglutition s'embarrasse. Cinq sangsues à la nuque sont ajoutées au traitement précédent. A cinq heures du soir, le pouls est très-fréquent; sueur abondante. Intelli-

gence nette, expression naturelle. Tous les symptômes augmentent graduellement : un vomissement a lieu, puis des suffocations ; et, à deux heures du matin, l'enfant succombe à cette paralysie exclusive du système moteur, car, peu d'instants avant de mourir, l'enfant expulsa encore volontairement ses urines. (*Bull. méd. de l'Aisne*, n° 3.)

N'est-ce pas là la réalisation du tableau sémiologique, si exactement peint par M. Pellegrino Lévi, de cette maladie encore si imparfaitement connue des praticiens. (Voy. année 1865.)

Paralysie atrophique. *Dégénérescence granuleuse des muscles volontaires.* Elle consiste, suivant M. Meryon, dans la séparation graduelle et progressive de la membrane amorphe qui enveloppe les fibres musculaires primitives et dans la dispersion de la matière granuleuse qui y reste contenue. Un homme de vingt-deux ans commença, dès l'âge de cinq ans, à présenter les symptômes de cette affection : faiblesse dans les reins et marche vacillante ; au bout de deux ou trois ans, il s'y joignit de la difficulté à fléchir les cuisses sur le tronc, à monter les marches d'un escalier ; puis, perte des mouvements volontaires des orteils et des pieds. La maladie continua par les membres supérieurs, et le patient perdit la faculté de porter ses bras à la tête ; mais il pouvait encore plier l'avant-bras et tenir fermement un objet avec la main. Les muscles de la respiration furent enfin envahis, sans que les muscles involontaires ou de la vie organique eussent été compromis. La sœur de cet individu avait eu la même maladie.

M. Meryon distingue cette paralysie de celle causée par la lésion des nerfs ou des centres nerveux, en ce que : 1° le mal a une marche centrifuge sans suivre la distribution d'aucun nerf ; 2° il n'y a aucune espèce de trouble nerveux concomitant ; 3° l'examen cadavérique ne fait découvrir aucune altération du système nerveux.

Enfin, dans les muscles paralysés par suite d'une lésion nerveuse, il y a disruption du sarcolemme et ségrégation des granules qui constituent la matière sarcomateuse. Tandis que dans les muscles affectés de la maladie qui vient d'être décrite, les fibres primitives sont graduellement détruites, les stries transversales disparaissent et les globules huileux remplissent peu à peu les intervalles des fibres prenant ainsi la place que le tissu

musculaire sain occupait primitivement. (*Roy. med. and chir. Soc.*, mars.)

Ce serait donc là, si cette première observation se confirme, une variété de la paralysie musculaire atrophique progressive.

Paralysies périphériques. Étiologie. Bien des opinions ont déjà été émises sur la cause de ces paralysies. N'ayant rencontré, dans plusieurs cas observés, aucune lésion de l'appareil nerveux central ni périphérique, M. Leudet, qui a le dernier écrit à ce sujet, les considérait comme asthéniques, *sine materia*, contrairement à Graves qui, le premier, les a attribuées à une altération locale du nerf. M. Gubler, au contraire, les a distinguées en en admettant plusieurs espèces. M. Duménil confirme cette division en montrant, par des faits longuement décrits, observés à l'hospice de Rouen, que, dans certains cas du moins, il en est qui tiennent à l'altération atrophique du nerf, due à un processus inflammatoire. Telle serait la paralysie glosso-laryngée. Leur marche peut être ascendante et atteindre la moelle épinière, où elles produisent des lésions incontestables. Elles peuvent aussi atteindre le sentiment et le mouvement, comme dans les paralysies traumatiques; elles s'accompagnent d'altérations de nutrition et de symptômes analogues. L'application de l'électricité exige une grande circonspection; car, employée au début de la névrite, elle peut en activer la marche, tandis que, plus tard, elle peut rendre au nerf atrophié une nouvelle contractilité. (*Gaz. hebd.*, n° 4 et suiv.)

Suivant le professeur Schutzenberger, elles peuvent résulter de chutes qui, en déterminant des ruptures vasculaire, périmédullaire, englobent les racines motrices ou sensibles innervant certains muscles. Un exemple de paralysie persistante, localisée aux muscles des deux avant-bras, à la suite d'une violente chute à la tête et l'épaule gauche, lui paraît avoir cette étiologie. La naissance des filets nerveux, à des hauteurs différentes de la moelle, expliquent le retour de la motilité des muscles du bras et la persistance de la paralysie dans ceux des avant-bras.

M. Hirtz corrobore cette interprétation par un fait analogue. A la suite d'une violente chute sur les pieds, survint une paralysie absolue des mouvements dans les extrémités inférieures, avec persistance de la sensibilité, coïncidant avec une douleur

à la pression des apophyses épineuses des vertèbres lombaires. La paralysie a diminué graduellement avec celle-ci, et le malade put marcher ensuite, mais sans que les muscles se contractent par le galvanisme. (*Gaz. méd. de Strasb.*, n° 1.)

Paralysie saturnine. Le concierge du cimetière de Bordeaux avait l'habitude de se chauffer dans son échoppe avec les débris de croix de bois peint. Sa cheminée tirait fort mal et laissait souvent rabattre la fumée à l'intérieur. Cet homme éprouva graduellement une paralysie des muscles extenseurs, surtout de l'avant-bras, avec quelques légères coliques abdominales. Celle des doigts fut si prononcée, qu'il ne pouvait écrire ni signer son nom. Les mouvements de flexion restèrent assez intacts. Personne ne pensait à l'étiologie du combustible funéraire, lorsque un courant d'air ayant été établi pour éviter la gêne de la fumée, les accidents qui avaient résisté jusque-là à divers traitements, diminuèrent spontanément. (*Gaz. des hôp.*, n° 25.)

Sans révoquer en doute cette étiologie, on voit que c'est surtout aux mauvaises conditions d'habitation qu'il faut en attribuer l'action toxique. Il est remarquable, d'ailleurs, que la femme de ce concierge qui, plus que lui, sans doute, restait exposée dans l'habitation à l'influence nocive de ces émanations, n'a jamais présenté de phénomènes saturnins, quoique atteinte d'arthrite dartreuse. Il y a donc lieu au moins à réserve, aussi bien que chez ce journaliste, éprouvant des accidents analogues, qui furent attribués aux émanations des feuilles imprimées, sortant de la presse et provenant des caractères d'imprimerie. Ce sont là des hypothèses plutôt que des réalités.

Paraplégie. Anatomie pathologique. Si la paralysie des membres inférieurs dénote toujours une altération de texture ou de fonction des nerfs rachidiens, il n'est pas aussi facile de déterminer la nature de cette lésion ; souvent le diagnostic ne peut être précisé par la ressemblance, l'uniformité d'altérations diverses. A ce titre, l'observation suivante, recueillie à l'hôpital Middlesex, et présentée à la *Royal med and chir. Society of London*, le 23 janvier, offre un intérêt réel par la rareté des symptômes et surtout les altérations trouvées à l'autopsie.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui, après avoir

joui d'une excellente santé jusqu'à trente-huit ans, éprouve ensuite, pendant trois années consécutives, une diminution graduelle de ses forces, puis abolition progressive du mouvement dans les membres inférieurs, jusqu'à la paraplégie complète avec déviation de la colonne en avant. A son entrée à l'hôpital, M. Gibley constata l'abolition complète de tout mouvement volontaire dans la moitié inférieure du corps, avec rétraction et flexion des jambes; les bras jouissent encore de quelques mouvements et le malade peut porter les aliments à sa bouche, à condition qu'on les ait préalablement coupés et placés devant lui. Aux membres inférieurs, abolition complète de la sensibilité, conservée en partie aux mains. Incontinence d'urine, paralysie du sphincter anal. Enfin, tumeur volumineuse au-dessous du coude gauche et au-dessous de l'arcade crurale du même côté. Mort après un mois de séjour à l'hôpital.

A l'autopsie, rien dans la poitrine ni l'abdomen ; le cerveau et les nerfs crâniens sont sains.

Mais en ouvrant le canal rachidien, on trouve un nombre considérable de tumeurs sur le trajet des nerfs qui se détachent de la moelle, il y en avait plusieurs à la région cervicale, et les plus grosses, atteignant le volume d'une noix, comprimaient la moelle qui était en ce point diminuée de volume et ramollie. Il y avait aussi bon nombre de névromes sur les racines des nerfs, naissant du reste de la moelle, et ces tumeurs étaient sur certains points assez nombreuses pour présenter l'aspect d'un véritable chapelet. La grosse tumeur observée pendant la vie au-dessous du ligament de Poupart n'était autre qu'un névrome du nerf crural ; ce névrome, enfermé dans une capsule fibreuse, présentait à la coupe l'aspect d'une tumeur fibreuse, creusée de kystes de volume variable ; le plus grand était de la grosseur d'un œuf, et rempli en partie par des caillots sanguins imparfaitement organisés ; un second, plus petit, renfermait une substance gélatineuse, et les autres, moins volumineux, de la sérosité claire.

Paralysie du moteur oculaire externe. DIAGNOSTIC. Appliquant l'ophthalmoscope à l'étude de cette altération, comme il l'a fait déjà pour beaucoup d'encéphalopathies, M. Bouchut a pu distinguer celles qui sont idiopathiques, essentielles, de nature musculaire, rhumatismale ou syphilitique, sans lésion du système nerveux, de celles qui sont symptomatiques d'une

altération du nerf optique ou de l'encéphale et de ses enveloppes. Quatre observations cliniques qu'il relate montrent qu'il y a dans celles-ci une infiltration granuleuse de la pupille avec disparition des vaisseaux veineux, des hémorrhagies de la rétine et des plaques graisseuses qui n'existent pas dans celle-là. Or, ce diagnostic précis est impossible sans ce nouveau signe. (*Acad. des sc.*, mai, et *Union méd.*, n° 78.)

PARASITISME. *Des parasites de l'homme*, tant internes qu'externes, et des moyens qu'il convient d'employer pour les détruire, par M. le docteur Bertet (de Cercoux), membre correspondant et lauréat de la Société impériale de médecine de Bordeaux, etc. Brochure in-8° de 55 pages. Ce mémoire lu au Congrès médical de Bordeaux est une esquisse rapide et concise des connaissances actuelles sur le parasitisme humain dans ses rapports avec la pathologie; question qui s'étend chaque jour depuis l'emploi du microscope et qu'il importe hautement aux praticiens de connaître comme on peut en juger aux mots Hypoémie, Larves, de ce dictionnaire. Sans être complète à cet égard, cette monographie se recommande ainsi à leur attention.

PATHOLOGIE. *Éléments de pathologie interne et de thérapeutique*, considérées particulièrement dans leurs rapports avec la physiologie et l'anatomie pathologique, par Niemeyer, professeur de pathologie à l'Université de Tubingue. Traduction sur la 6e édition allemande, par MM. les docteurs Culmann et Sengel de Forbach, revue et annotée par M. le docteur V. Cornil et précédée d'une introduction par M. le professeur Béhier. Tome second et dernier, grand in-8° de 919 pages. Librairie *Germer Baillière*.

Le succès du premier volume, demandé avidement, faisait un devoir à l'éditeur de presser la publication du second, qui contient les maladies des organes génito-urinaires, celles du système nerveux, de la peau, puis les maladies constitutionnelles. Il serait trop long d'énumérer toutes celles qui se trouvent rangées sous ce titre; disons seulement qu'elles sont divisées en infectieuses aiguës et chroniques et en anomalies de la nutrition, sans infection. Pour la plupart des médecins français, il sera difficile de prévoir celles qui entrent dans ce dernier cadre, l'interprétation qui préside à cette division étant toute personnelle et nationale comme le reste de l'ouvrage ; mais c'est sur-

tout ici que les différences avec les pathologistes français sont le plus accentuées. Sous ce rapport, les notes de M. Cornil, plus nombreuses dans ce volume que dans le précédent, sont de la plus haute utilité pour la synonymie et les droits des auteurs français. En ce qui concerne surtout les maladies des centres nerveux, ces notes sont d'une haute importance, en montrant combien de revendications les médecins français pourraient faire et en témoignant hautement qu'ils n'observent et ne travaillent pas moins que les Allemands. Elles éclairent complétement ainsi ce savant *traité de pathologie médicale allemande*, fait à un point de vue exclusif, sans doute, mais qui, d'après les idées, les doctrines, les méthodes positives actuelles, est de la plus haute nécessité pour tous les praticiens, comme pouvant seul les initier à ces doctrines, ces méthodes de la pratique médicale d'outre-Rhin.

Essai de pathologie et clinique médicales, par M. Guinier, professeur agrégé et ancien chef de clinique médicale, à la Faculté de Montpellier, etc., etc. Un vol. in-8° de 561 pages. Librairie *Germer Baillière*. Réunion de leçons et mémoires sur la pathologie et la pyrétologie, la forme pernicieuse de la fièvre paludéenne, la fièvre typhoïde, la diphthérie, la pneumonie, la thoracocentèse chez les enfants, le carreau et d'autres sujets, avec une table analytique et alphabétique, rendant les recherches des plus faciles. Sur tous ces sujets divers, on trouve de nombreuses observations cliniques, interprétées suivant la doctrine vitaliste de l'Ecole de Montpellier.

Transactions of the pathological Society of London. (Mémoires de la Société de pathologie de Londres pour l'année 1865-1866, 7e année). Ce nouveau volume, de près de 500 pages, est divisé sous différents titres suivant les maladies des systèmes organiques. Il réunit ainsi 15 cas de maladies du système nerveux, 13 des organes respiratoires, 34 de ceux de la circulation, 35 de ceux de la digestion, 32 du système osseux, 12 des organes des sens, etc., etc. Nos sociétés françaises ne trouveront-elles pas dans cette division, toute anatomique et donnant lieu à des rapprochements utiles pour la pathologie et la thérapeutique, un exemple à imiter dans la compilation de leurs travaux?

PELLAGRE. *Traité de la pellagre*, d'après des observations

recueillies en Italie et en France avec une enquête dans les asiles d'aliénés, par le docteur E. Billod, médecin en chef et directeur de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes. Un vol. in-8°, de 650 pages, 1865. Présenté au concours de l'Institut, où il a obtenu une mention très-honorable et une récompense officieuse, ce livre donne une idée nouvelle de la pellagre, en ne la considérant pas comme une entité pathologique, mais en séparant les trois ordres d'accidents signalés comme la constituant : cutanés, nerveux, digestifs, en autant de maladies distinctes. Les raisons de cette doctrine y sont exposées et spécialement toutes les pièces de l'enquête démontrant la grande part de l'aliénation mentale qui prédispose, suivant l'auteur, à la pellagre, au lieu d'en être toujours la suite, comme on le croyait. Fondateur et représentant de cette doctrine, d'après l'observation, M. Billod a surtout publié cet ouvrage pour la faire prévaloir, en y réunissant les preuves les plus convaincantes de sa réalité.

PEPSINE. Après plusieurs médecins français, M. Stephenson, médecin de l'hôpital royal des Enfants d'Edimbourg, l'a administrée à ses petits malades avec succès. Contre la constipation résultant d'une digestion imparfaite, l'action a été incontestable aussi bien que contre la diarrhée et les vomissements, ceux-ci étant, bien entendu, toujours produits par l'action imparfaite de l'estomac sur les aliments. Douze observations cliniques témoignent de ces bienfaits. (*Bull. de thérap.*, mai.)

Sans qu'il y ait rien de nouveau ici, il est à remarquer que c'est le vin de pepsine qui a été employé dans la plupart de ces cas. Or, ce vin en Angleterre se prépare d'une manière particulière, décrite dans le *Dictionnaire* de 1864.

PÉRICAL ou *pied de Madura*. Un exemple de cette singulière affection endémique, dans une petite partie de l'Inde anglaise, a été observé par M. le docteur Coquerel, à l'hôpital colonial de la Réunion, sur un jeune Indien de vingt-deux ans. D'après l'examen microscopique qu'il a fait de la pièce anatomique, au moment où le pied venait d'être amputé, les tumeurs qui la constituent avaient de petits kystes à parois parfaitement limitées, comme M. Robin l'avait déjà signalé. Mais à l'état frais, il a pu constater, au milieu du liquide séreux qu'ils renferment, de nombreux globules de pus et de sang qui y nagent.

et un amas de matière jaunâtre, mamelonnée et caséeuse. Des corpuscules de forme assez irrégulière, plus ou moins polyédriques, finement granulés, agglomérés, d'un diamètre de 3 à 5/100e de millimètre, et qu'il considère comme du pus concret, forment cette matière. Ce n'est que par exception qu'un seul de ces nombreux kystes contenait des éléments différents, c'est-à-dire des plaques polyédriques, couvertes de granulations arrondies très-fines et serrées à bords nets et d'un vert jaunâtre, plus ou moins foncé. (*Soc. de biologie.*)

PÉRICARDE. *Bruit de moulin.* Donné comme signe infaillible, pathognomonique de la rupture de cette enveloppe séreuse par Morel-Lavallée, il a été observé et constaté très-distinctement pendant quatre à cinq jours, par M. Tillaux à l'hospice de Bicêtre, chez un carrier de vingt et un ans atteint de fracture de la première vertèbre lombaire. Il disparut graduellement ; à l'autopsie, le péricarde fut trouvé intact sans liquide. Mais deux déchirures du poumon gauche causées par des fractures de côtes avaient produit un épanchement sanguin qui a pu y donner lieu par le sang et l'air épanché, dans la plèvre, et battus ensemble par le cœur. Il n'est donc pas toujours affirmatif de la rupture du péricarde. (*Bull. de thérap.*, n° 51.)

PÉRITONITE. *De la péritonite tuberculeuse,* par le docteur L. Hemey, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine de Paris, etc., 90 pages in-8°, librairie *Germer Baillière.* Dans cette thèse remarquable, l'auteur a surtout cherché à prouver la grande fréquence de cette affection, soit primitive, soit consécutive. La phthisie débuterait souvent par elle; en effet, d'après ses observations, la généralisation consécutive des tubercules ferait seule méconnaître ce fait clinique. De même, elle complique si souvent la phthisie pulmonaire que sur 32 cas entrés du 15 septembre au 1er novembre 1866, dans le service de M. Vigla, 25 ont présenté une douleur abdominale caractéristique.

Afin de permettre à chacun de contrôler cette fréquence que des erreurs de diagnostic ont pu seules faire méconnaître, l'auteur a particulièrement insisté sur ce diagnostic et les signes différentiels propres à la faire distinguer des nombreuses affections qui se confondent avec elle. Sous ce rapport, cette mono-

graphie présente une grande utilité en rappelant et réunissant les observations et les opinions qui se rattachent à ce sujet.

PESSAIRE. C'est avec le duvet de typha, plante aquatique de la famille de ce nom, renfermé dans du tulle très-clair que M. Raciberski les fabrique. Ils ont une longueur de 7 à 8 centimètres et remplissent ainsi toute la cavité du vagin. On les introduit à l'aide d'un petit spéculum *ad hoc* appelé auto-*spéculum* parce que les malades peuvent l'introduire elles-mêmes (*Acad. de méd.*). Ce n'est là qu'une variété des nombreuses matières employées pour le pansement des affections génitales sans supériorité marquée sur tant d'autres.

PHAGÉDÉNISME. *Chlorate de potasse.* Qu'il y ait plusieurs remèdes contre ce grave symptôme des plaies ulcéreuses, rien d'étonnant, puisque celles-ci sont le résultat de causes générales et spécifiques, comme le cancer, la scrofule, la syphilis ; mais que le chlorate de potasse les guérisse indistinctement, on le comprend moins. Comment expliquer qu'il guérisse également bien un bubon, un chancre phagédénique et un ulcère simple du cou ou de la jambe n'ayant rien de spécifique ? C'est pourtant ce qui résulte de l'historique et de faits récents consignés dans un mémoire de M. le docteur Tillot sur ce sujet. (*Bull. de thér.* ; mars.) On connaît, en effet, les beaux succès obtenus avec ce médicament contre le cancroide : mais tandis que ce ne sont là que des exceptions rares, il est de règle, au contraire, de le voir réussir contre le phagédénisme syphilitique. Tiré de l'oubli dans ces derniers temps par son efficacité éclatante dans la stomatite mercurielle ulcéreuse, il a été vanté également dans la syphilis infantile constitutionnelle, et c'est contre un bubon phagédénique que M. Gaujot en a mis les propriétés antivirulentes hors de contestation. Aussi bien, tout en soutenant qu'il convient contre le phagédénisme en général, M. Tillot, dans les sept observations rétrospectives qu'il fournit à l'appui, ne cite-t-il qu'une seule observation d'ulcère simple, et encore est-elle peu concluante, tandis que les six autres sont des chancres ou des bubons vénériens. Il en confirme donc seulement ainsi l'action spécifique. Jusqu'à plus ample informé, il n'y a pas lieu d'en généraliser les propriétés, car les observations sur lesquelles on s'appuie n'ont peut-être pas toute la rigueur voulue. Des expérimentations intéressantes sont encore à faire pour éclaircir ce sujet.

On l'emploie topiquement, en solution ou en pommade, à la dose de 2 à 4 grammes pour 100 d'eau, et de 2 à 10 pour 100 d'axonge ou de glycérine. La première forme est préférable pour l'absorption et le renouvellement facile des pansements.

PHIMOSIS. *Cautérisation linéaire.* Consulté pour cet accident congénital qui semblait la cause d'une infécondité prolongée, M. Baudin l'opéra de la manière suivante : Armé d'une pince porte-caustique à recouvrements, dont les cuvettes furent remplies de pâte de caustique Filhos, puis de pâte de chlorure de zinc, il saisit et cautérisa toute l'épaisseur du prépuce du côté de la face du gland. Commencée dans l'après-midi, la cautérisation était complète à une heure peu avancée de la soirée. La pince fut retirée. L'eschare tomba quatorze jours après, et la cicatrisation se fit bientôt. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Pour les individus pusillanimes, que l'instrument effraye, c'est un moyen simple et innocent d'y suppléer.

PHOSPHORE. Contradictoirement aux expériences de MM. Munk et Leyden, qui admettent qu'il ne passe pas en nature dans le sang où il ne serait pas soluble, mais à l'état d'acide phosphorique après sa décomposition dans l'estomac, le professeur von Bamberger, en trouvant la muqueuse de cet organe intacte, conclut à son absorption directe, ce qui ne pouvait faire doute après les expériences de MM. Tardieu et Roussin, démontrant l'action toxique du phosphore, tandis que ses dérivés, acide phosphorique, phosphoreux et hypophosphoreux n'ont pas cette action. Il l'a, d'ailleurs, vu traverser les tissus vivants par la dyalise.

Il n'a trouvé non plus l'altération des globules sanguins que consécutivement et non primitivement comme dans l'empoisonnement par les acides. Quant à la production de la polystéatose, que l'on a voulu rattacher à la présence d'une grande quantité de graisse dans le sang sous l'action du phosphore, la diminution de cette graisse ayant été constatée, cette étiologie est ruinée. (*Würzb. med. Zeitschr.*, 1re livraison.)

La réduction rapide et complète du sulfate de cuivre par le phosphore le fait considérer comme son antidote par le même auteur. Il conseille donc de traiter l'empoisonnement par une solution de sulfate de cuivre à dose vomitive, puis de l'étendre

de manière qu'elle soit tolérée, absorbée. Dans le cas contraire, on la remplacera par une solution de carbonate de cuivre à la dose de 20 à 40 centigrammes dans un peu d'eau, et précédée d'une cuillerée à bouche de vinaigre. La glace sera administrée dans l'intervalle pour éviter les vomissements et l'évaporation du poison. (*Gaz. hebd.* n° 31.)

Le sous-acétate ou verdet pourrait être également employé à petite dose?

M. Blondlot a eu recours à la sublimation dans une atmosphère d'azote raréfiée. Il a obtenu des cristaux d'un éclat comparable à celui du diamant. Plusieurs des petits cristaux isolés lui ont paru des cubes réguliers, d'autres des octaèdres. Quand le phosphore a été convenablement préservé de la lumière, il est du plus beau blanc, mais le moindre rayon lumineux le fait passer au rouge grenat. (*Moniteur scientifique du Dr Quesneville.*)

PHTHISIE. SÉMÉIOLOGIE. *Tissu pulmonaire dans les crachats.* Un nouveau procédé pour la recherche du tissu pulmonaire dans l'expectoration a donné au docteur Samuel Fenwick des résultats inconnus jusqu'ici. Au lieu d'étendre les crachats sur une surface plane, et d'en saisir avec des aiguilles les débris de fibres élastiques pour les soumettre à l'examen microscopique, il les dissout dans une solution de soude qu'il porte ensuite à l'ébullition ; puis, en plaçant le résidu dans un verre à expérience, il soumet le précipité qui se dépose au fond sur le champ du microscope comme pour l'examen des sédiments de l'urine. Sur cent expériences ainsi faites de crachats provenant de phthisiques ou soupçonnés tels, il a recueilli des particules de tissu pulmonaire dans l'ordre de fréquence suivant :

Sur vingt-trois cas où le tubercule paraissait à la première période, dont seize présentaient des signes stéthoscopiques, ces parcelles furent constatées treize fois. Dans les sept autres cas où le diagnostic résultait seulement de symptômes généraux sans signes physiques, le résultat fut nul.

Dans vingt-quatre cas où le ramollissement était révélé par l'auscultation, la présence du tissu pulmonaire fut constante dans les crachats. Dans quinze où ces signes étaient douteux, le résultat fut négatif dans huit.

Dans les trente-cinq cas où des cavernes étaient manifestes, des fragments de tissu pulmonaire furent également constatés

dans tous, tandis que, dans deux où la dilatation des bronches avait été diagnostiquée, on n'en trouva pas trace.

Le plus souvent ces fragments, variant d'un centième à un six-millième de grain anglais, étaient au nombre de cinquante à soixante, et s'élevaient jusqu'à huit cents dans l'expectoration de vingt-quatre heures d'un seul malade. Leur volume était, en général, moindre dans la période de ramollissement que dans les cas de cavernes. Ainsi, le plus grand nombre fut trouvé dans la première période, et les plus larges fragments dans la dernière. (*Roy. med. and surg. Society.*)

A en juger par ces premiers résultats, la présence de ces débris pourrait être un nouveau signe de tubercule au moment où les autres font précisément défaut. Sous ce rapport, ces recherches ont donc une importance qui ne peut être méconnue.

Inoculation. — Pour contrôler les résultats imprévus annoncés l'année dernière à ce sujet (voy. année 1865), M. Hérard, aidé de M. Cornil, a soumis de nouveau des lapins à l'inoculation. Sur sept âgés d'environ six semaines, six ont été placés dans une grande caisse rectangulaire où ils pouvaient se mouvoir et respirer à l'aise. Le septième a été laissé en liberté sans être soumis à l'inoculation non plus qu'un des six autres. Des cinq restants, trois ont été inoculés exclusivement avec la matière des granulations tuberculeuses grises, demi-transparentes ou opaques, jaunâtres, recueillies sur le péritoine et les plèvres d'un phthisique; les deux derniers, avec la matière caséeuse extraite avec précaution des poumons, matière caséeuse considérée encore par la majorité des médecins comme le type du tubercule, mais qui n'est en réalité qu'une pneumonie catarrhale arrivée à la période régressive graisseuse (pneumonie caséeuse).

Avec un bistouri à lame étroite, une ponction sous-cutanée était faite vers la base de l'oreille, suivant le procédé opératoire indiqué par M. Villemin, et dans cette plaie de petits fragments de ces substances, désagrégées préalablement en les triturant avec la pointe de l'instrument, étaient insinuées les 12 décembre et le 1er janvier.

Les sept lapins, placés dans une vaste cave suffisamment aérée et convenablement nourris, ont été sacrifiés, environ deux mois après la première inoculation. L'examen des organes des deux lapins non inoculés n'ont présenté aucune lésion des

poumons ni des autres viscères que l'on pût rapporter à la tuberculose. Le résultat a été également négatif pour les deux lapins auxquels avait été inoculée la matière caséeuse pulmonaire. Quant aux lapins inoculés exclusivement avec la matière des granulations, deux d'entre eux (le troisième étant réservé pour une expérimentation plus prolongée) ont offert dans les poumons des lésions manifestement tuberculeuses, quoique encore peu avancées, consistant en un groupe de plusieurs petites granulations semi-transparentes, dures, grises, se coupant facilement, donnant une section plane avec des parties un peu opaques au centre. Leur tissu, assez résistant, était composé de très-petits noyaux sphériques, agglomérés, réunis par une matière granuleuse ou par des fibres. Ces granulations ressemblant exactement à celles de l'homme, étaient identiques pour l'aspect extérieur et la composition histologique, comme M. Cornil s'en est assuré, avec celles que contenaient les poumons des lapins inoculés par M. Villemin, et mis obligeamment à la disposition des deux savants expérimentateurs.

Chez l'un de ces deux lapins, le lobe inférieur du poumon était fortement congestionné dans une assez grande étendue, et de grandes cellules épithéliales en multiplication endogène et des leucocytes existaient dans les parties voisines des granulations.

On apercevait, en outre, sous la peau du cou du côté inoculé, comme un chapelet de gros ganglions ramollis et jaunâtres, dont un mesurait environ 1 centimètre 1/2 en longueur. Leur tissu pulpeux, opaque, s'écrasait en une bouillie caséeuse, épaisse, et l'on y reconnaissait, au microscope, avec la trame du ganglion, des cellules lympathiques, noyaux ou petites cellules, plus grosses en général qu'à l'état normal, et infiltrées de fines granulations protéiques et graisseuses.

Le péritoine renfermait beaucoup de vers vésiculaires, et le foie d'un des deux lapins montrait de petits points jaunes et gris, qu'au premier abord, ainsi qu'en a fait la remarque M. Villemin, on aurait pu prendre pour des granulations tuberculeuses, mais où l'examen microscopique permettait de découvrir les œufs parfaitement reconnaissables d'helminthes parasites, très-communs chez les lapins.

Ces lapins ne toussaient pas; celui qui portait les lésions les plus prononcées semblait avoir la respiration gênée ; tous deux avaient notablement maigri, et présentaient une eschare assez

profonde au niveau de la partie supérieure de la cuisse. Cette escharе était-elle le résultat d'un trouble nutritif ou de toute autre cause? C'est à vérifier, mais il est certain qu'aucun des autres lapins, inoculés ou non, n'offrait une semblable lésion.

Ces faits confirment donc de tout point ceux de M. Villemin et établissent une distinction très-importante, capitale entre la granulation, lésion spécifique, caractéristique de la tuberculose et les produits inflammatoires caséeux qui se développent autour d'elle. (*Soc. méd. des hôp.*, février.)

Un contrôle non moins habile et décisif est celui de M. le professeur Lebert, de Breslau, qui, par cinq observations détaillées avec autopsie des tuberculeux sur lesquels la matière de l'inoculation a été prise aussi bien que des animaux qui ont servi aux expériences, ne laisse subsister aucun doute à cet égard. En voici le résumé :

Première expérience. — Tubercules pulmonaires et intestinaux chez un homme de quarante-deux ans. Inoculation et injection sous-cutanée de matière tuberculeuse délayée. Amaigrissement et affaiblissement progressif de l'animal, avec anasarque et ascite à la fin ; mort au bout de quatre mois et demi. A l'autopsie, tubercules nombreux dans les poumons, dans les glandes bronchiques, dans tout le système lymphatique, dans la rate et autour du testicule droit. Tubercules et inflammation du tissu conjonctif, ressemblant à la cirrhose, dans le foie.

Deuxième expérience. — État fébrile, d'apparence catarrhale, signes d'un catarrhe pharyngé intense, affaiblissement rapide, mort au bout de six semaines de maladie. Autopsie : Ulcères du pharynx, laryngite, ulcères trachéaux, tuberculisation miliaire dans toute l'étendue des poumons. Inoculation d'un lapin, apparence de bonne santé, infiltration grise et granulations du lobe supérieur du poumon droit, granulations tuberculeuses surtout dans le lobe inférieur droit, une seule dans le poumon gauche.

Troisième expérience. — Tubercules pulmonaires à marche rapide, signes de laryngite, mort au bout de deux mois et demi environ. A l'autopsie : tubercules nombreux disséminés, bronchectasie, en outre vraies cavernes tuberculeuses, pneumonie à marche lente dans la partie supérieure du poumon gauche. — Inoculation d'un lapin ; formation successive d'abcès ; mort au

bout de deux mois : dans chaque poumon granulations demi-transparentes, siégeant dans les alvéoles, quelques granulations dans le foie, abcès sous-cutanés.

Quatrième expérience. — Inoculation d'un cochon d'Inde avec le contenu d'une caverne tuberculeuse, provenant de l'autopsie de l'observation précédente. Mort au bout de trois jours, probablement par infection putride.

Cinquième expérience. — Tuberculose du cerveau, des sommets pulmonaires, de l'intestin avec ulcères; petit ulcère de l'estomac; hypertrophie considérable des glandes bronchiques et mésentériques. Injection sous-cutanée avec de la matière délayée de ces glandes; mort au bout de neuf jours. Long trajet fistuleux, sanieux, glandes lymphatiques engorgées autour, abcès dans l'une d'elles, péritonite suppurative générale, altération cellulaire par places circonscrites dans le foie; rate molle et tuméfiée.

Faites sur deux lapins et trois cochons d'Inde, ces expériences ont eu lieu par injection sous-cutanée, de préférence aux incisions (Voy. Injections), sous la peau de la nuque choisie à l'exclusion de tout autre endroit avec 50 centigrammes à 1 gramme de matière tuberculeuse, délayée, triturée avec quantité suffisante d'eau distillée. Cette matière jaune ou grisâtre, demi-transparente, provenait une fois d'une caverne tuberculeuse et une fois d'une glande mésentérique tuméfiée et hypertrophiée non tuberculeuse, mais provenant d'un enfant tuberculeux.

Les symptômes observés chez les animaux ont beaucoup varié selon la matière employée et la prédisposition individuelle. Un lapin, auquel de la matière tuberculeuse avait été injectée, avait l'air de se porter parfaitement bien. Tué quatre mois et demi après l'inoculation, il présenta cependant des tubercules pulmonaires, bien qu'en petit nombre. Des deux autres animaux rendus tuberculeux par l'injection, l'un, un lapin, a péri au bout de deux mois, ayant maigri, présenté un état fébrile et après avoir eu un certain nombre d'abcès sous-cutanés. Son état avait de la ressemblance avec la pyohémie; il présenta, du reste, à l'autopsie, un certain nombre de tubercules dans les poumons. Le troisième animal, un cochon d'Inde, succomba quatre mois et demi après l'injection de matière tuberculeuse,

très-amaigri, hydropique, affaibli, ayant cessé presque de manger. Deux fois sur trois l'irritation locale par l'injection a été forte et prolongée. Chez un des lapins, deux tumeurs phlegmoneuses, dont l'une suppurée ; chez l'autre, suppuration étendue et abcès sous-cutanés multiples. Chez les deux animaux auxquels de la matière non tuberculeuse, mais provenant de sujets tuberculeux, a été injectée, l'irritation locale a été forte aussi, provoquant chez l'un des cochons d'Inde un foyer sanieux, sans guérison de la piqûre d'injection, et chez l'autre un long trajet fistuleux avec inflammation ambiante et engorgement des glandes lymphatiques dont l'une même était en suppuration.

Cette irritation locale si forte, et en disproportion avec les qualités physiques apparentes des matières employées, bien plus irritantes que le phosphore même, est très-remarquable. L'effet septihémique du liquide de la caverne vient à l'appui de l'observation depuis longtemps faite de l'action irritante, quelquefois septihémique du liquide des cavernes dans le pneumothorax, tandis que l'introduction de l'air dans le thorax pendant l'opération de la thoracocentèse est à peu près sans inconvénients graves.

Il est digne de remarque aussi, que l'un des animaux avait succombé par suite d'une vaste suppuration et d'abcès sous-cutanés multiples, d'une façon qui ressemble ainsi à la pyohémie, car les tubercules pulmonaires étaient trop peu nombreux et peu avancés pour occasionner la mort. L'infection générale est encore plus manifeste chez l'animal qui, après l'injection de matière glandulaire, périt au bout de neuf jours avec une péritonite suppurée qu'aucune relation de continuité ne reliait à la plaie suppurée de l'injection.

Parmi les phénomènes consécutifs à l'injection, il faut encore citer l'hydropisie du cochon d'Inde de la première expérience. Si l'ascite et l'œdème du mésentère, ainsi que de l'épiploon, s'expliquent par l'inflammation cirrhotique du foie et par l'obstruction tuberculeuse des glandes mésentériques, il ne reste pour l'anasarque d'autre explication que l'obstruction de toutes les glandes lymphatiques de la surface du corps, forme d'hydropisie rare chez l'homme et ordinairement accompagnée d'états morbides si compliqués, que l'hydropisie lymphatique n'a pas encore pu trouver une place à part dans le cadre nosologique.

Quant à l'altération tuberculeuse, l'autopsie l'a fait reconnaître

chez les animaux auxquels la matière tuberculeuse a été injectée : sur trois expériences il y a eu trois succès, le liquide de la caverne ne pouvant pas compter comme matière tuberculeuse inoculable.

Dans les trois cas, les poumons étaient atteints de préférence : une fois il n'y avait qu'une douzaine de tubercules dans l'un et un seul dans l'autre poumon ; une fois une douzaine dans chaque poumon ; dans le troisième cas les deux poumons de l'animal en contenaient un grand nombre. La préférence pour le sommet ne paraît point exister, et l'on comprend la possibilité de cette différence entre l'homme qui marche debout et l'animal qui marche à quatre pattes, les poumons plutôt dans une position horizontale. Dans l'une de ces trois expériences, il y avait en outre quelques tubercules dans le foie, et dans la plus complétement réussie de toutes où l'organisme en était infecté, il y en avait un très-grand nombre dans les poumons et la plèvre, dans le foie, plusieurs sur l'épicarde, dans la rate, un dans le voisinage du testicule droit ; tout le système lymphatique en était atteint, comme M. Lebert ne l'avait jamais observé sur l'homme dans une telle extension par rapport aux glandes lymphatiques, tant sous-cutanées et musculaires que viscérales.

Rien de plus caractéristique que les tubercules pulmonaires de ces animaux ; et ici il faut aller au-devant d'une objection. Ayant disséqué un grand nombre de lapins et de cochons d'Inde, l'auteur n'a rien trouvé de plus rare chez eux que la tuberculisation, au moins à Breslau ; à moins que l'on ne confonde avec le tubercule ces petites masses jaunes du foie du lapin formées d'une agglomération d'œufs d'helminthes, erreur des plus faciles à éviter. De plus, les tubercules étaient trop évidemment dans leur période plastique de développement, une des expériences en fournit entre autres une extension inusitée ; les animaux offraient, en outre, toutes les apparences de la santé.

Le volume des tubercules variait depuis une petite tête d'épingle jusqu'au volume ordinaire des granulations tuberculeuses, celui d'un grain de chènevis, d'une lentille, et tous les intermédiaires jusqu'à de petites infiltrations tuberculeuses lobulaires, ayant envahi par confluence la majeure partie des alvéoles d'un lobule pulmonaire. Il y avait au début la coloration grise et la demi-transparence, puis opaque au centre, et ensuite tous les intermédiaires jusqu'au tubercule jaune, et, en

outre, des tubercules disséminés ou groupés, des infiltrations grises et jaunes, et dans les infiltrations plus étendues la combinaison entre l'inflammation ambiante et le tubercule.

La substance pulmonaire entourant les tubercules était, du reste, comme chez l'homme, loin d'offrir ordinairement cet état phlegmasique ; sans compter la localisation toute bornée d'un simple liséré hyperplasique qui entoure le tubercule et qui même pourrait bien lui appartenir en propre, il y avait, outre l'état inflammatoire, tous les passages entre un liséré simplement congestionné, parfois œdémateux, sans infiltration ni hépatisation, un tissu à peu près normal et un tissu flasque et anémique, ce qui n'est même pas rare.

A la coupe, la granulation tuberculeuse et le tubercule jaune offrent le même état compacte, la même consistance élastique que chez l'homme, et ce n'est que dans les infiltrations un peu plus étendues des poumons et des glandes lymphatiques que l'on voit apparaître peu à peu l'aspect et la consistance jaune caséeuse, d'abord dans les glandes, puis des tubercules disséminés qui peu à peu deviennent confluents. Sur le nombre très-considérable de ces glandes, une seule renfermait un petit foyer purulent, qui vient à l'appui de mon opinion : que l'on a exagéré la fréquence de l'origine inflammatoire dans le développement de la tuberculisation glandulaire, travail phlegmasique bien plus souvent consécutif que primitif. Il n'est pas sans intérêt de voir les alvéoles pulmonaires et leur tissu connectif, ainsi que le tissu cellulaire sous-pleural, devenir le point de départ des tubercules communiqués par injection sous-cutanée.

Si dans ces expériences, les tubercules des divers organes ont présenté le même mode d'évolution que chez l'homme, il y a un fait exceptionnel, c'est l'état inflammatoire du tissu connectif de la surface et de l'intérieur du foie, état ressemblant beaucoup à la cirrhose commençante et qui rend probable que les granulations tuberculeuses, tout en donnant peut-être l'impulsion, ont trouvé une prédisposition marquée à cette altération remarquable.

L'examen au microscope vient confirmer tout à fait l'identité des tubercules des animaux d'expérimentation avec ceux de l'homme. Sans compter les restes d'alvéoles pulmonaires, il y avait dans tous les tubercules pulmonaires, gris ou jaunes, de même que dans ceux des autres organes et tout particulièrement dans les tubercules des glandes lymphatiques, des

cellules extrêmement nombreuses entourées d'une substance intercellulaire peu abondante, transparente ou légèrement granuleuse par places. Ces cellules étaient ou rondes ou à périphérie irrégulière, renfermant de petits granules, fort peu de graisse, même dans le tubercule jaune, exceptionnellement un petit noyau distinct, et leur grandeur allait depuis la moitié jusqu'un peu au-dessus du volume d'une cellule du pus; celles-ci étaient du reste complétement différentes là où il y avait suppuration, et aucun passage ne reliait entre eux le tubercule et l'abcès glandulaire dans les pièces examinées.

M. Villemin a aussi répété ses premières inoculations, dont les résultats ont été absolument confirmatifs des précédents. Sur 9 nouveaux lapins inoculés avec du tubercule de provenance humaine, un seul s'est montré indemne. Ainsi, sur un total de 22 lapins, 2 seulement ont échappé aux conséquences de l'inoculation du tubercule pris sur l'homme; ce qui montre une aptitude toute spéciale de cet animal pour la phthisie.

Il n'en est pas de même, heureusement, de beaucoup d'autres espèces dans l'échelle zoologique, comme M. Villemin l'a démontré en étendant le cercle de ses expériences. Conformément à cette loi que les maladies spécifiques n'existent et ne se propagent qu'à certaines espèces zoologiques déterminées, contrairement aux affectoins banales, qui se développent sur l'universalité des animaux sous l'incitation des agents étiologiques ordinaires, il a montré qu'en dehors de l'homme qui a malheureusement une aptitude spéciale pour la phthisie, il n'y a guère que le singe, la vache, le lapin, et quelques rongeurs analogues, comme le cochon d'Inde, susceptibles de devenir tuberculeux. De là la spécificité du tubercule comme la morve, la syphilis, etc.

Chez la vache, par exemple, il y a la *pommelière* dont la nature tuberculeuse a été contestée. Ce point litigieux, difficile à résoudre par les moyens ordinaires, l'a été péremptoirement par l'inoculation d'un lapin avec la matière provenant de cette maladie. L'animal a été atteint d'une phthisie aiguë et généralisée, d'une intensité ordinaire. Au bout de deux mois, il était arrivé au marasme le plus complet, et présentait à l'autopsie, des tubercules excessivement abondants dans les poumons, la plèvre, la rate, le foie, les côtes, les reins, le péritoine, l'intestin, les ganglions mésentériques, etc.

La matière tuberculeuse développée sur un lapin par suite

d'inoculation, ayant été prise immédiatement après que celui-ci a été sacrifié, alors qu'il était encore tout chaud, le cœur battant encore, et inoculée à trois autres lapins, ceux-ci présentèrent, après très-peu de temps, une tuberculisation généralisée. L'un d'eux succomba au bout de deux mois juste La marche de l'affection avait revêtu un tel degré d'acuité, que les poumons contenaient à peine quelques parcelles de tissu sain. Le foie, la rate, les reins, la plèvre, étaient aussi semés de tubercules. Les mêmes lésions furent constatées chez les deux lapins, à des degrés moindres. En montrant que c'est bien là une matière spécifique, ces expériences tendraient à prouver aussi que, comme tous les virus, elle est d'autant plus active que son état est plus frais. Mais peut-être aussi cette activité varie-t-elle selon l'analogie plus ou moins grande entre l'organisme qui donne le virus et celui qui le reçoit.

Le cochon d'Inde est, aussi bien que le lapin, un réactif sensible à l'agent étiologique de la tuberculose, comme il résulte des expériences de M. Lebert. Deux de ces rongeurs, inoculés par M. Villemin, ont succombé, l'un après deux mois d'inoculation et l'autre après trois mois et quelques jours en présentant tous deux des tubercules extrêmement abondants dans la plupart des organes : poumons, foie, rate, ganglions lymphatiques.

Au contraire, la matière du tubercule de l'homme inoculée au chien, au chat, au mouton, à la chèvre, au cochon, aux oiseaux, n'a donné que des résultats à peu près négatifs. De quatre chiens inoculés, un seul a présenté après cinq mois quelques rares tubercules dans un poumon et dans les ganglions bronchiques. Un autre est tombé dans le marasme et n'a offert que des ulcérations dans l'œsophage et le gros intestin. Chez trois jeunes chats, l'expérience a donné un résultat douteux chez l'un, et a réussi chez un autre avec quelques granulations tuberculeuses dans les deux poumons. Quatre moutons inoculés et sacrifiés n'ont rien présenté, l'un d'eux resté vivant n'a offert aucun signe appréciable de phthisie, et de même d'une chèvre. Un coq et un ramier n'ont présenté aucune trace de tuberculisation, après plusieurs mois d'inoculation. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Ce n'est pas que plusieurs de ces animaux ne présentent des lésions locales qui peuvent simuler le tubercule. Plusieurs observations ont été rapportées tendant à faire admettre qu'il se

développe chez eux; mais en les examinant, en les passant au crible d'une saine critique scientifique, M. Villemin a prouvé qu'elles étaient à peu près toutes insignifiantes ou négatives. Il a mis hors de doute, que les affections parasitaires sont la cause la plus habituelle du malentendu qui a fait admettre l'universalité de la tuberculose. L'erreur se déguise d'autant mieux que le développement des parasites se produit habituellement sur des animaux vivant au milieu des conditions réputées favorables à la production de la phthisie, comme l'habitation en commun dans des lieux bas et humides, le confinement, le parquage des ménageries, etc. ; circonstances qui favorisent la pullulation des entozoaires. Si l'on ajoute que ces parasites ayant pour habitat les organes respiratoires déterminent des troubles fonctionnels d'une analogie des plus grandes avec les accidents de la tuberculose, comme la toux, la dyspnée, l'amaigrissement, qui appellent si naturellement la dénomination de phthisie que dans bien des cas on s'est contenté de cet ensemble symptomatique pour affirmer son existence, on aura l'explication de cette méprise.

Cela fait comprendre aussi comment certains observateurs ont été amenés à regarder les parasites comme le point de départ des lésions tuberculeuses, et donne une idée de la confusion qui a régné et qui règne encore aujourd'hui sur la tuberculose et beaucoup d'affections parasitaires.

Il ne faut pas ignorer dans l'étude des lésions vermineuses qui simulent les tubercules que l'examen microscopique peut rester infructueux dans plusieurs cas. Lorsque les parasites ont disparu, que les processus vermineux, parvenus aux dernières périodes de la métamorphose régressive ne permettent plus de saisir aucune trace d'organisation, le microscope n'apporte pas beaucoup de lumières à la détermination de la nature de la lésion. Cet instrument ne laisse pas non plus que d'être parfois fort incertain dans ses résultats lorsqu'il s'agit d'altérations moins avancées dans leur évolution. La composition des petites tumeurs parasitiques a souvent une très-grande ressemblance avec l'organisation des tubercules vrais. L'accumulation de petites cellules et de noyaux constitue ces espèces de tissus que les Allemands appellent tissus de granulation, et que l'on retrouve avec des nuances différentielles souvent peu accusées dans les productions tuberculeuses.

L'inoculation pourra servir à éclairer bien des faits relatifs à

la phthisie. Il faut la tenter sur le plus d'animaux possible, mais n'espérer la voir réussir que sur les espèces susceptibles d'offrir la manifestation naturelle de cette maladie. Telle est la loi qui domine toutes les maladies spécifiques et virulentes. (*Gaz. hebd.*, nos 42, 43 et 45.)

Il suit de là : 1° que c'est en considérant toute petite tumeur comme un tubercule spécial, en regardant les consistances caséeuse, plâtreuse et crétacée, comme le caractère spécifique de la matière tuberculeuse, enfin en prenant pour des symptômes de tuberculisation les accidents de consomption de causes diverses, que l'on a conclu à la phthisie de beaucoup d'animaux; 2° qu'en dehors de l'homme, il n'y a guère que le singe, la vache et peut-être le lapin, qui offrent des exemples incontestables de phthisie tuberculeuse; 3° que les soi-disant tubercules trouvés sur la plupart des autres espèces animales sont en grande partie des lésions déterminées par des parasites ou indirectement provoquées par eux.

En vue de savoir si l'absorption par les voies respiratoires pouvait amener l'infection tuberculeuse, M. Villemin a pris sur un homme de la matière tuberculeuse ramollie, triturée sur les bords d'une assiette et délayée dans de l'eau en rejetant les débris un peu gros; puis, au moyen d'une seringue à dard, il a injecté, dans la trachée de deux lapins, un demi-centimètre cube de cette eau troublée par le tubercule délayé. La trachée avait été préalablement découverte par une incision.

Un de ces lapins devint tuberculeux et l'autre résista.

Cette expérience ne remplit pas son but. De la matière tuberculeuse peut tomber sur la plaie et reproduire, par conséquent, les conditions d'une inoculation ordinaire.

Inoculation de la matière prise au lieu d'inoculation. — Pour savoir si, à l'exemple des autres maladies inoculables, le principe morbide de la tuberculose se reproduit au point d'inoculation, deux lapins ont été inoculés avec de la matière caséeuse exprimée du tubercule développé sous la piqûre d'inoculation que portait un lapin vivant et inoculé lui-même depuis vingt jours. Ces deux lapins offrent, au bout de quatre à cinq mois, une abondante tuberculisation.

Ces expériences montrent une fois de plus la grande analogie entre la tuberculose et les maladies virulentes.

Durée d'incubation. — Essayant aussi de déterminer à peu près l'époque de l'apparition des tubercules dans les poumons et les autres viscères, M. Villemin a également inoculé un lapin pendant qu'il avait la diarrhée, lequel succomba à cette maladie dix jours après son inoculation en présentant une petite granulation transparente dans un des poumons.

Un autre lapin, pris au hasard parmi ceux qui étaient inoculés depuis vingt jours, avait dans un poumon deux petites granulations naissantes, d'une transparence remarquable, dures et résistantes.

Un lapin inoculé avec du tubercule pris sur un autre lapin qui venait d'être tué offrit, au bout de vingt-huit jours, des tubercules nombreux dans les poumons, la rate et les reins.

La loi de M. Louis s'est manifestée avec constance. On voit que l'éruption tuberculeuse du poumon semble commencer du dixième au vingtième jour, et que dans les cas où les tubercules se généralisent, ils apparaissent déjà dans les reins et la rate avant le vingt-huitième jour.

Influence de la tuberculose sur la parturition et son produit. — La question de l'hérédité occupe une grande place dans l'histoire de la phthisie, et la solution de ce problème est fort complexe. Les faits qui s'y rattachent pourront facilement s'éclairer par l'expérimentation sur les animaux dont les accouplements se font à notre gré.

La tuberculose a eu pour effet, chez les lapins et les cochons d'Inde, l'avortement ou la mort prématurée des petits, qui paraît devoir être attribué à l'insuffisance de la sécrétion lactée des mères et à leur négligence à l'égard de leur lignée. Sur le plus grand nombre des petits lapins morts le jour de leur naissance, ou bien un ou deux jours après, l'estomac était vide, une seule fois exceptée. Ce qui tendrait à faire croire que la mort avait été causée par l'inanition. Aucun d'eux n'avait de tubercules.

Deux seulement ont vécu environ cinq mois, mais en restant chétifs, rabougris, et n'ont guère atteint plus de la moitié de la taille des sujets de leur âge. Ils ont présenté un développement excessif de l'abdomen avec pelage terne et laid, et sont morts d'une affection étrangère à la tuberculose, en même temps que plusieurs autres jeunes lapins de bonne provenance. Ces deux lapins descendants de parents phthisiques n'ont présenté aucune

trace de tuberculisation. (*Acad. de méd.*, octobre.)—Voy. PÉRITONITE TUBERCULEUSE.

De la phthisie pulmonaire. — Étude anatomo-pathologique et clinique par M. Hérard, médecin de l'hôpital Lariboisière, etc., etc., et Cornil, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, un beau volume in-8° de 750 pages avec 27 figures intercalées dans le texte, et 3 planches chromo-lithographiées ainsi qu'une table analytique. Librairie *Germer Baillière*.

Alliant entre elles et la clinique française dont M. Hérard est aujourd'hui l'un des plus distingués représentants, et l'histologie fine, sévère, minutieuse des Allemands, dont M. Cornil est l'un des plus fervents propagateurs parmi nous, ces deux auteurs ont fait une œuvre nouvelle pour ainsi dire sur un sujet connu de toute antiquité. C'est à tel point que les médecins de trente ans familiarisés avec l'ouvrage de M. Louis, le plus récent sur la matière, auront de la peine à se reconnaître dans celui-ci par les divisions nouvelles qui le caractérisent. Partant de cette donnée histologique d'origine allemande, que la granulation miliaire semi-transparente ou opaque est la lésion primordiale, spécifique du tubercule et véritablement caractéristique de la diathèse, contrairement à l'enseignement de M. Empis, qui en a fait une maladie distincte sous le nom de *granulie*, les auteurs en commencent la description comme formant la base de tout leur travail. Ils l'étudient en général, et dans les divers tissus en particulier. Toutes les altérations consécutives ne sont considérées que comme la suite, le symptôme de celle-ci. Les masses jaunâtres caséeuses, considérées par Laennec et son école comme tuberculeuses et hétéromorphes, ne figurent ainsi que comme des pneumonies lobulaires ou lobaires, dont les produits exsudés ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Cette phthisie granuleuse est donc étudiée pour son diagnostic et ses symptômes dans la deuxième partie sous ses différents aspects : généralisée ou partielle dans les divers organes, simple ou compliquée, aiguë et chronique, avec de nombreuses observations à l'appui et des figures noires montrant l'état réel des parties. Les anciennes distinctions de phthisie aiguë, galopante, chronique et autres, ne sont là que pour mémoire et comme synonymes. Celle-ci, la plus ordinaire et qui se présente tous les jours, est ainsi désignée sous le nom de *phthisie granuleuse partielle*. C'est pour en éclairer le diagnostic différentiel

que la pneumonie caséeuse est ensuite étudiée dans ses différentes formes, et tel est l'imbroglio que ces divisions nouvelles ont jeté dans les habitudes nosologiques courantes, que les auteurs ont senti l'utilité d'en faire un résumé concis.

Viennent ensuite l'étiologie et le traitement. Or, il est facile de prévoir comment ces deux sections sont traitées dans un livre basé sur l'anatomie pathologique surtout. C'est à discuter les principales causes les plus positives comme l'inoculation, l'hérédité, certaines causes physiques, déterminer l'influence de certains états physiologiques et morbides dans ce qu'ils ont de plus précis, sans laisser place à la supposition, au raisonnement ni à la théorie. De même de l'infinité de moyens ou de remèdes vantés contre cette redoutable maladie. Si tous sont cités, le plus souvent ce n'est que cela sans une appréciation formelle. On regrette surtout de ne pas trouver l'indication différentielle de ces moyens dans les formes diverses de la phthisie; l'indication symptomatique seule s'y rencontre. Du reste, l'insuffisance de cette partie la plus importante du livre se juge facilement de son étendue comparative; elle n'a pas plus de 125 pages, tandis que la première, l'anatomie pathologique en a 188. Là en est le critérium.

Autrement, cet ouvrage se recommande par une saine critique et une grande érudition. Tout ce qui s'est fait d'important sur ce sujet est signalé, rappelé, apprécié, sinon les toutes récentes expériences de M. Villemin analysées plus haut. Toutefois il faut reconnaître que cette érudition ne porte guère que sur les travaux des trente dernières années. Ceux des anciens ne sont indiqués que dans l'introduction historique, et même dans la partie clinique les auteurs n'ont guère tenu compte de la tradition.

De l'influence du climat d'Arcachon dans quelques maladies de poitrine, par M. le docteur Hameau, brochure in-8° de 61 pages; Bordeaux. Couronné par la Société de médecine de Bordeaux, cet excellent mémoire n'est pas une de ces vulgaires réclames indignes du nom honorable et honoré de l'auteur. C'est une œuvre très-scientifique, faite pour justifier, par de nombreuses observations, l'action salutaire, curative de cette station hivernale pour les phthisiques. Mais on n'y trouve pas les distinctions symptomatologiques précises propres à guider pour l'envoi de ceux à qui ce climat convient particulièrement, sinon que, comme sédatif du système nerveux, il s'adresse principa-

lement aux malades où celui-ci prédomine. Déjà faite pour la plupart des climats, cette indication un peu vague ne suffit pas toujours.

Sur 39 observations, il a obtenu 8 guérisons, 18 améliorations ; 3 décès avec action bienfaisante du climat, 7 avec action nulle ou aggravante, et 3 phthisies galopantes. Voilà des faits qui peuvent encourager à tenter l'épreuve de ce climat.

Un fait frappe dans ce tableau statistique, dit M. de Biermont, rapporteur : c'est que la colonie irlandaise, composée de 12 individus, a fourni 4 guérisons. Est ce une série heureuse, ou bien les conditions d'émigration sont-elles plus favorables pour les phthisiques de ce pays? La colonie anglaise ne jouit pas du même privilége : 12 individus phthisiques n'ont pas présenté un seul cas de guérison.

PHYSIOLOGIE. Plusieurs points de cette vaste branche de la science, sur laquelle se réunissent les recherches, les expériences de nombreux travailleurs, ont encore été élucidés cette année. Pour plus d'exactitude, au lieu de les réunir sous ce titre unique, comme les années précédentes, nous les avons séparés en les inscrivant sous les titres qui leur correspondent. Ainsi de la *congélation*, de la *glycogénie*, de la *respiration*, etc., etc.

Sens génésique. Localisé dans le cervelet, il était curieux de rechercher si, comme Gall le prétendait, cet organe est atrophié chez un individu castré depuis longtemps. Des centaines d'expériences vétérinaires ont, il est vrai, infirmé cette opinion également contredite chez l'homme par le fait suivant :

Un prêtre est mort récemment à l'asile d'aliénés de Parme, où il était détenu depuis 1845, après s'être castré par monomanie religieuse, à l'âge de trente-deux ans. Le professeur Lussana, ayant examiné attentivement les centres nerveux, a trouvé un poids total de 1223 grammes de l'encéphale, savoir :

Cerveau.	1040
Cervelet	158
Protubérance et bulbe	25

Ainsi, après vingt ans de castration, le cervelet n'avait pas subi d'atrophie ni de dégénérescence amyloïde de la substance nerveuse. Son poids était de 1 à 6 avec le cerveau dont la moyenne est de 1 à 7 selon Parchappe et de 1 à 8 selon Boyd. Il est donc évident que suivant le célèbre physiologiste italien,

cet organe n'est que le centre de l'érotisme, c'est-à-dire du sens musculaire avec lequel les testicules n'ont rien à faire. C'est ainsi que cet abbé en démence n'avait pas cessé, pendant sa reclusion, de prononcer de temps à autre des paroles obscènes et de se livrer à la masturbation.

— *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux* faites au Muséum d'histoire naturelle par A. Vulpian, comme suppléant du cours de physiologie comparée, agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, etc., rédigées par M. Ernest Brémond, revues par le professeur. — 1 vol. in-8 de 920 pages. Librairie *Germer Baillière.*

Exposé en trente-sept leçons et sous une forme simple, agréable, lucide, de toutes les données expérimentales et de toutes les connaissances positives sur cette partie si essentielle de la physiologie. La structure différentielle et les propriétés spéciales, y sont étudiées chez l'homme et les animaux. La pathologie du système nerveux, subordonnée à ces connaissances préliminaires, les rend aujourd'hui indispensable aux médecins; sans cela, elle est inexplicable. La réunion des nerfs tant controversée, leur régénération, pour ne citer qu'un exemple, ne peut s'expliquer sans ces données. Avec la véritable clef de ces mystères se trouve l'historique des différentes théories admises successivement, et ce livre montre ainsi le progrès accompli jusqu'à ce jour.

Lezioni di fisiologia sperimentale sul sistema nervoso encefalico, par M. Schiff, professeur à Florence, un vol. de 422 pages in-8°. Florence.

Résultat des expériences nombreuses du savant physiologiste, cet exposé relate, compare les résultats des autres auteurs, et contient ainsi, outre sa doctrine personnelle, le résumé complet des données acquises les plus exactes sur les propriétés du système nerveux encéphalique, le cerveau, le cervelet et le bulbe. Les principaux points en sont d'ailleurs indiqués par M. Pellégrino Lévi *in Arch. de méd.* juin.

Notions sur la nature et les propriétés de la matière organisée, thèse inaugurale par M. le docteur Taule, 170 pages in-8°, librairie *Germer Baillière*. Résumé, à l'aide des travaux les plus récents, des doctrines de la jeune et nouvelle école biologique, relativement aux principes immédiats, aux propriétés vitales

dans leurs applications à la médecine. Ceux qui voudront s'initier à ces doctrines matérialistes y trouveront des preuves surabondantes développées avec tout le savoir, la chaleur et la conviction d'un partisan absolu.

Recherches expérimentales pour servir à l'histoire de la vitalité propre des tissus animaux, thèse de doctorat ès science soutenue à la Faculté des sciences de Paris, par M. P. Bert, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, 96 pages in-4° avec 2 planches. Résumé de ses travaux sur les greffes animales signalées l'année dernière.

Essais de physiologie philosophique, par M. J. P. Durand (de Gros). Un vol. in-8° de 620 pages. Librairie *Germer Baillière*. Exposition de doctrines toutes nouvelles ne comportant ni résumé ni analyse.

PLAIES. Absorption. Sa rapidité varie suivant l'état de la plaie, ainsi qu'il résulte des nouvelles expériences de M. Demarquay avec l'iodure de potassium. Récentes, elles absorbent en quinze à vingt minutes, ainsi qu'en témoigne l'examen de la salive; recouvertes de bourgeons charnus, en huit, six, quatre minutes et même moins, suivant leur vascularisation plus ou moins prononcée. Elle est plus rapide aussi sur le derme dénudé que par l'injection sous l'épiderme soulevé d'un vésicatoire. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Organisation immédiate. M. J. Guérin appelle ainsi le travail physiologique qui a lieu dans les plaies sous-cutanées, à l'abri du contact de l'air, et qui, bien différent de l'inflammation suppurative ou adhésive précédant la cicatrisation des plaies à l'air libre, serait l'analogue du travail de formation primitive des organes. Doctrine toute nouvelle que le microscope n'a pu encore découvrir ; reste à savoir si elle est réelle et fondée. L'auteur n'en est pas à son coup d'essai : il n'a jamais produit que des nouveautés ; mais étant à peu près seul pour les proclamer et les admettre, et la plupart de ses prétendues découvertes, de ses théories, étant encore en contestation dans la science, il est nécessaire d'y regarder de très près pour celle-ci, en raison même de son importance.

Comparant l'état d'une plaie exposée et d'une plaie sous-cutanée après vingt-quatre heures, il y trouve les différences suivantes :

Plaie exposée.

Telle qu'elle était au moment de sa production accidentelle ou artificielle ; un liquide séro-sanguin non organisable s'en échappe et dans lequel l'observation histologique ne constate que peu ou point des éléments regardés comme les rudiments de l'organisation ; aucune apparence d'exsudation plastique ne s'y observe par le lavage.

Les extrémités vasculaires sont occupées par de petits caillots, en obturant le calibre, et ne laissant filtrer que la partie la plus liquide du sang ; caillots qui se décomposent bientôt sous l'influence du contact de l'air, et deviennent les provocateurs directs et médiats de la suppuration.

Plaie sous-cutanée.

Entre les lèvres d'un tendon ou d'un muscle, il existe un exsudat, un caillot plastique recouvrant entièrement leur surface et y adhérant complétement ; il comble graduellement l'écartement des bouts divisés, et acquiert la consistance et les caractéres d'un tissu de nouvelle formation.

Si l'on détache ce caillot, on ne trouve pas les extrémités vasculaires oblitérées ; le sang s'en écoule.

Point de sensibilité exagérée ni irritation des surfaces de section.

Par sa consistance, sa couleur, sa composition moléculaire, ce travail offre les preuves de l'organisation.

Périodes consécutives.

Simple et normal, le travail d inflammation suppurative se montre sans nulle trace de cicatrisation. Le travail de formation ou des bourgeons charnus n'a lieu qu'après plusieurs jours, et toujours précédé de croûtes ou de la membrane isolante et protectrice de Bichat, et appelée *pyogénique ;* moyen intermédiaire et caractére essentiel de transition entre la suspension des phénomènes d'organisation et leur rentrée en exercice.

Nulle et sans raison d'être, cette suspension d'organisation est ici remplacée par la continuité, le perfectionnement incessant du travail organique, de manière à acquérir des caractères spécifiques des parties divisées.

Après la cicatrisation.

Tissu de nouvelle formation, amorphe, de composition moléculaire toujours identique dans la peau, le tissu cellulaire, les tendons, les muscles, les artéres, les veines, les nerfs et les os méme, tissu appelé inodulaire épithélial, plasto-épidermique, cicatriciel. Dépourvu de vaisseaux et de nerfs, il reste le même, immuable, sans changement. Une interruption fonctionnelle entre les parties divisées en est le caractère.

Tissu spécial dès l'origine à chaque plaie et chaque tissu, objet d'une élaboration, d'une transformation incessante, qui le ramène graduellement à l'organisation des tissus qui en ont fourni les éléments, depuis le tendon jusqu'au nerf, de même que dans l'os qui en offre le type ; identité constatée par le retour des fonctions des organes divisés.

D'où cette proposition capitale : que le travail de cicatrisation des plaies sous-cutanées est tout différent de celui des plaies exposées ; qu'il a sur lui de grands avantages sans aucun de ses inconvénients, et qu'il est justement qualifié *d'organisation immédiate*. D'où aussi la généralisation de la méthode sous-

cutanée dont M. Guérin s'est constitué l'inventeur et qui devrait être appliquée en effet toutes les fois qu'elle est possible si elle réalise ces avantages. Mais comment sont-ils démontrés? On le voit : par des assertions plutôt que par des faits. M. Guérin n'entre dans aucun détail sinon pour décrire les phénomènes qui sont en question, et bien que les observateurs aient porté leur attention depuis longtemps sur ce sujet, il ne cite que ses propres travaux, ce qui est toujours résoudre la question par la question. Au lieu de se conformer aux méthodes généralement suivies de rendre ses expériences publiques, de les relater *in extenso*, avec le mode opératoire, il se borne à en donner les résultats merveilleux sans que l'on puisse les contrôler. Il ne compare même pas des choses similaires. Ainsi, il met en regard les effets d'une plaie exposée, sans dire de quelle région ni de quels tissus, avec ceux de la division d'un tendon, d'un muscle. Il dit que les plaies sous-cutanées ne suppurent pas lorsque l'expérience démontre que des fractures, des luxations, des plaies contuses parfaitement sous-cutanées, suppurent, et que ses opérés même ont offert des exemples de suppuration. Si comme M. Velpeau, Malgaigne, M. Le Fort, on lui oppose ces exemples, il y trouve toujours des atténuations pour se donner raison. Il avance que tous les tissus, même les tendons, les nerfs et les vaisseaux se réunissent par un blastème identique avec eux-mêmes, et il n'en donne d'autre preuve, d'autre caractère que le rétablissement de la fonction sans même dire s'il s'est mis en garde contre les méprises, les anastomoses. Il annonce deux réunions musculaires observées sur le cadavre, et ne donne nullement les caractères de l'examen microscopique, indispensable en pareil cas. Le rétablissement de la fonction lui suffit, et il oublie même de dire comment il l'établit sinon par des comparaisons très-disparates. En tout cas, il ne saurait être un caractère spécial des plaies sous-cutanées, comme l'a fait remarquer justement M. Bouley, puisque ce rétablissement eut lieu dans le fait tout récent et si remarquable de division à l'air libre du nerf médian observé par M. Laugier. Plusieurs exemples de division tendineuse à ciel ouvert ont été également suivis du rétablissement des mouvements (Voy. Réunion, année 1864). On sait aussi que des fractures sans communication avec l'extérieur ont été suivies de pseudarthroses fibreuses; l'absence de réaction douloureuse, inflammatoire des divisions sous-cutanées,

n'en est pas davantage un caractère, car tous les jours on les observe dans les fractures, les dilacérations, les luxations, les déchirures parfaitement sous-cutanées qui se font accidentellement. Et puis, les plaies exposées des oiseaux ne suppurent pas, dit M. Bouley ; exemple : le *chaponnage* et celles de l'espèce bovine ne suppurent que très-difficilement par opposition à celles du cheval. (*Acad. de méd.*, juillet.)·

Le contact de l'air n'est donc pas la cause directe de l'inflammation. Pourquoi M. Guérin ne tient-il pas compte de ces nombreuses exceptions aux lois qu'il prétend ériger? C'est qu'en grand innovateur, en législateur souverain, il se soucie peu des cas particuliers ; il les dédaigne. En vertu des lois qu'il a tout à la fois formulées et proclamées, il dit de ce ton superbe et absolu : cela est ou cela n'est pas, et s'appuyant sur *ses principes*, *ses méthodes*, il récuse tout ce qui est en dehors. Il a ainsi toujours raison ; mais seulement vis-à-vis des ignorants ou des indifférents, qui ne voulant étudier ni discuter, se laissent facilement convaincre et entraîner par le style amplifié, sonore, hautain et absolu, personnel à M. Guérin. Généralisateur systématique à outrance, il procède souvent en aveugle en devançant l'observation patiente, attentive, minutieuse, exacte. Il voit un tissu régénéré, dans certaines conditions, comme l'os, par exemple, qui en est le type, et, aussitôt, il émet cette loi que vaisseaux, muscles, nerfs, se régénèrent de même et dans des conditions identiques sans même se donner la peine de fournir des faits. En voyant un pied bot causé par la rétraction musculaire, il a émis ainsi sa doctrine de la rétraction comme cause de toutes les difformités, et delà la généralisation de la méthode sous-cutanée appliquée aux muscles comme aux tendons. Malheureusement les sciences d'observation, où tout est spécial, exceptionnel, particulier ne sauraient se constituer par ces procédés à priori. Il faut avoir observé plusieurs fois le même fait pour être en droit de le généraliser. Bichat a pu classer et catégoriser les tissus après les avoir bien étudiés et en préjuger ainsi les fonctions ; mais il n'en est pas de même de la nature et des causes des maladies ; on ne peut les deviner, les préjuger, et les changements, les modifications des divers cadres nosologiques des nomenclatures en sont la preuve. Aussi, ne saurait-on admettre les doctrines de M. Guérin qu'après en avoir vérifié la justesse et la réalité.

Occlusion pneumatique. Suivant sa doctrine du danger de l'air sur les plaies qui l'a conduit aux sections sous-cutanées et à plusieurs autres applications pratiques, M. J. Guérin a fait construire un appareil pour soustraire les plaies au contact de l'air. C'est une série d'enveloppes ou manchons imperméables s'adaptant à toutes les parties du corps. Une fois la partie introduite, on fait et l'on entretient, d'une manière permanente, le vide au degré voulu, à l'aide d'un récipient pneumatique, muni d'un indicateur du vide Entre la peau et cette enveloppe imperméable est placée une seconde enveloppe très-mince de tissu élastique perméable, qui facilite l'exhalation et la circulation des gaz cutanés et l'aspiration des liquides fournis par les surfaces lésées, en s'opposant à l'action ventousante et vésicante des plis formés par le retrait du manchon extérieur.

Applicable à toutes les parties du corps, ce système a de nombreuses indications. Quatre exemples-type sont seulement rapportés par l'auteur pour en montrer les bienfaits. L'un d'extirpation d'une tumeur fibreuse derrière la malléole externe guérit sans suppuration en huit jours. Une fracture compliquée des os de l'avant-bras avec issue du radius put être soumise, dès le quatrième jour, à l'action d'un appareil de carton amidonné. Le moignon d'une amputation de cuisse, à la suite d'une tumeur blanche suppurée, était cicatrisé en apparence dès le septième jour, mais une légère éraillure s'étant montrée après l'enlèvement de l'appareil, on le réappliqua jusqu'au dix-huitième, où la cicatrisation fut complète et solide.

Enfin une plaie par explosion de cartouche dans la paume de la main ayant broyé les chairs, divisé les vaisseaux, et dilacéré les tendons et les nerfs, soumise à cet appareil, concurremment avec les irrigations, guérit en vingt-cinq jours sans déterminer de fièvre ni d'inflammation.

Quoi d'étonnant et de merveilleux dans ces résultats qui démontre la supériorité de cet appareil ? s'écrie M. Velpeau. Tous les jours on en obtient de semblables, par les moyens ordinaires, sans qu'on en fasse bruit. Rien n'autorise donc M. Guérin a dire que c'est là un moyen précieux. A ce compte, tous ceux qui sont usités le seraient également (*Acad. de méd.*, février). M. Guérin est d'autant moins autorisé à se décerner ainsi des éloges qu'il ne fournit que quatre faits, dont l'issue ne prouve pas la supériorité de son appareil. L'expérience n'a donc pas

prononcé, si ce n'est sur la complication et le prix élevé de cet appareil autant quo la difficulté de l'appliquer.

Do nouvelles preuves sont venues infirmer la prétendue infaillibilité de cet appareil, ainsi quo la valeur des théories sur l'action de l'air sur la cicatrisation des plaies. M. Le Fort ayant appris que 4 opérés avaient été soumis à cet appareil dans les hôpitaux, dont 2 à l'Hôtel-Diou et 2 à Necker, a obtenu les ronseignements officiels suivants aprés informations :

Leclanchet, amputé de la cuisse; suppuration pendant six semaines.

Macry, amputé de l'avant-bras; réunion des parties profondes comme cela est ordinaire, suppuration des parties superficielles. Mort du choléra au treizième jour.

Grimancourt, amputé de la jambe, mort d'infection purulente au vingtième jour, après suppuration abondante, attribuée, par M. Guérin, à la perforation du manchon.

Lot, grave plaie contuse avec déchirure de l'avant-bras, soumis, sans réservo, vingt-six heures après l'accident à l'appareil, présentait, dès le troisième jour, la gangrène de la peau, et mourait bientôt de résorption purulente. (*Gaz. hebd.*, nos 34 et suivants.)

On se demande comment devant ce bilan, que malgré toutes les atténuations M. Guérin lui-même a été obligé de reconnaître exact, comment il persiste dans ses affirmations et ses théories. On peut, du moins, en juger la valeur.

M. le docteur Buys a également appliqué à une amputation de l'indicateur son appareil à succion (voy. KYSTES, année 1865). L'opéré n'a gardé le lit que deux jours, et le huitième il était guéri. (*J. de méd. de Bruxelles*, juin, p. 594.)

Sans qu'il y ait rien de nouveau dans ce résultat, on peut considérer cet appareil comme plus simple que celui de M. Guérin.

Ventilation. Proposée en 1861 par le professeur Bouisson, de Montpellier, dans le but, comme tant d'autres moyens topiques, de produire rapidement une croûte en évaporant, en solidifiant, sous l'action renouvelée de l'air, la *lymphe plastique*, le *liquide cicatriciel*, et produire ainsi l'occlusion de la plaie pour en faciliter, en activer la cicatrisation, cette méthode vient d'êtro reprise par M. Bérenger-Féraud, avec quelques modifications dans son emploi et une nouvelle interprétation de son

action. Bien plus que l'étendue de la plaie ou l'activité de la ventilation, l'humidité est, suivant lui, la condition qui règle la durée de chaque séance. Il conseille, en conséquence, pour hâter la cicatrisation d'une plaie qui fournit une abondante sécrétion, de faire précéder la ventilation par un ou deux pansements à l'alcool ; on tarit ainsi l'hypersécrétion de leucocytes, qui fait la base de la suppuration, et la méthode de M. Bouisson amène bien plus facilement, et bien plus tôt alors, la cicatrice. En combinant ainsi ces deux moyens, il est arrivé à guérir, dans des limites très-remarquables de temps, des plaies d'étendue diverse, ce qui n'est pas indifférent dans plus d'une circonstance.

En général, la séance varie de cinq à vingt minutes ; elle ne cesse que lorsque la surface traumatique est exactement recouverte d'une mince pellicule, brillante comme un vernis, très-légèrement ridée à la périphérie, où elle semble exercer une traction sur les tissus sains et, enfin, sèche au point qu'on peut appliquer sur elle, sans l'y faire adhérer, un morceau de papier de soie.

Tant que la croûte n'a pas acquis une certaine épaisseur, l'humidité tend à la dissoudre et à envahir de nouveau la plaie depuis le moment où la projection d'air est cessée, et le secret d'une bonne cure par la ventilation est de s'y opposer à mesure. Voilà pourquoi, deux, trois, quatre heures après au plus tard, il faut recommencer l'opération dans les premiers temps;

L'épaisseur de la croûte ne préoccupait pas M. Bouisson; elle est bientôt assez épaisse, d'après lui, quand la plaie est profonde, qu'elle suppure abondamment, et qu'on n'a pas fait précéder la ventilation d'un pansement à l'alcool, et il est d'avis de la laisser en place jusqu'à la cicatrisation. M. Bérenger s'éloigne de cette manière de faire : il cherche à se débarrasser de la croûte dès qu'elle a une épaisseur sensible, et il mène la plaie à cicatrisation en ne la laissant envahir que par une croûte pellucide jaunâtre de lymphe plastique qu'il fait tomber dès qu'elle acquiert un peu de rigdité.

Cette conduite lui a paru avoir une influence marquée sur la rapidité de la guérison ; car, si fréquemment, quand on a laissé la croûte s'épaissir notablement, on trouve en l'enlevant qu'elle est placée sur une cicatrice solide et louable, trop souvent il s'est creusé au-dessous d'elle de petits clapiers purulents, petits godets dans lesquels la lymphe subit la transfor-

mation pyoïque, et tend à éroder aux alentours, aux points où la cicatrice s'est déjà formée. (*Bull. de thér.*, janvier.)

Solution de chlorure de zinc. — C'est en voyant les bons effets de ce caustique solide sur une plaie cancéreuse que M. de Morgan eut l'idée de l'employer en solution à sa clinique de l'hôpital Middlesex, afin que la pénétration des tissus en fût plus profonde et complète. L'absence de douleur, de rougeur, de suppuration et d'odeur, lui en fit bientôt étendre l'usage à toutes les plaies, sans exception de tissu, musculaire ou cellulaire, osseux ou séreux. Avant d'en réunir les lèvres, il passe sur toute la superficie saignante une éponge imbibée de cette solution faite dans la proportion de 40 grains, soit 2 grammes 59 centigrammes environ pour 32 grammes d'eau. Le premier effet est une excitation des capillaires et un suintement sanguin des parties non saignantes auparavant. Le sang devient ensuite crémeux et de couleur d'œillet. En réitérant l'application, toute la superficie se ramollit et acquiert cette couleur.

Suivant la doctrine qui tend à s'accréditer sur les avantages des caustiques, le chirurgien anglais attribue à celui-ci la propriété de prévenir l'érysipèle et la pyoémie. Durant neuf mois qu'il l'a employé dans ses salles, où il y avait des cas d'érysipèle, aucun érysipèle consécutif chirurgical ne s'est montré, sinon sur une vieille femme opérée d'une tumeur de la mamelle, sur laquelle l'emploi de la solution avait été omis. Il n'y eut que deux cas de résorption purulente, et l'absence d'odeur, le peu de suppuration et le bon aspect des plaies lui semblent devoir en recommander l'usage. (*Lancet*, avril.)

Voilà donc les caustiques succédant aux alcooliques dans le pansement des plaies, comme ceux-ci ont succédé aux résolutifs, aux émollients. La progression thérapeutique est manifeste et conforme aux doctrines médicales régnantes sur l'altération des liquides. Sans reproduire ici les théories que l'on peut faire valoir en faveur de la solution du chlorure de zinc en particulier, il nous semble difficile d'y recourir pour les plaies ordinaires sans avoir été témoin de ses bons effets. Autant nous l'emploierions avec confiance pour modifier une plaie de mauvais aspect, de nature suspecte, cachectique, cancéreuse ou scrofuleuse, autant nous hésiterions à l'appliquer sur des tissus sains que la nature médicatrice suffit ordinairement à réunir et à cicatriser.

Plombage des plaies ou nouvelle méthode de chirurgie conservatrice, par le professeur Burggraëve, chirurgien principal de l'hôpital civil de Gand, etc. 24 p. in-8°. Bruxelles. Communication faite à l'Académie de médecine de Belgique, renouvelant les avantages de ce mode de pansement préconisé par l'auteur depuis plusieurs années. Il consiste tout simplement dans l'application de feuilles de plomb laminé, fixées par des bandelettes agglutinatives. Des injections, poussées sous cette espèce de cuirasse, servent à nettoyer la plaie, et il suffit de soulever successivement ces lames de plomb pour s'assurer de son état.

A en juger du moins par les treize observations citées sommairement, il a été appliqué le plus souvent sur des plaies par écrasement, contusion, déchirure, arrachement, lacération avec ou sans fracture chez les ouvriers des nombreuses fabriques et manufactures de la ville, que des machines dangereuses, traîtres et homicides, conduisent ainsi à l'hôpital. Ses avantages seraient l'occlusion qu'il réalise plus ou moins complétement sous l'action *calmante* et *résolutive* du plomb. Une fois l'élimination des tissus mortifiés accomplie, le bourgeonnement en est rapide, intense; la suppuration peu abondante et remplacée par l'exsudat plastique. De là, absence des douleurs, des souffrances causées par l'intervention de l'instrument tranchant; rapidité de la guérison et moindre séjour à l'hôpital.

Si ces avantages sont réels, il faudrait s'empresser d'adopter la méthode de chirurgie conservatrice du professeur gantois, que les faits semblent confirmer. Sur 236 blessés traités au plomb du 1er janvier 1864 au 20 mai dernier, il n'y a eu que 8 décès causés par les diverses complications ordinaires des plaies graves. Mais cette statistique en masse ne saurait déterminer la conviction. On n'a pas ainsi la mesure exacte des effets de cette méthode de pansement dont la mort n'est pas le seul critérium. L'étendue des lésions est au moins indispensable à connaître pour juger de sa valeur, et nous estimons que M. Burggraëve eût mieux fait d'entrer dans les détails cliniques que de disserter par à priori, comme il l'a fait, sur ce mode de traitement.

Plaies d'armes à feu. Partant de cette idée qu'elles doivent se gangrener, supposition toute gratuite, le docteur Marchisio propose de les traiter topiquement avec les substances conservatrices employées sur les cadavres. C'est le deuto-chlo-

rure de mercure et l'arsenic. Le premier dissous dans la proportion de 5 centigrammes pour 25 d'eau distillée, et le second dans celle d'une partie d'arsenic pour 80 d'eau. Celui-ci a l'avantage de s'employer une seule fois, de maintenir la plaie couverte d'une escharo qui, en tombant, la montre rosée et d'un bel aspect.

En pénétrant dans toutes les anfractuosités de la plaie et en prévenant la gangrène, cette médication a l'avantage de la simplicité, l'absence d'odeur sans danger d'intoxication selon l'auteur. Elle prévient la suppuration qui entraîne souvent des complications redoutables et par un seul pansement, évite tous les accidents secondaires.

Ces promesses sont très-séduisantes. Mais l'auteur ne produit à l'appui que des expériences sur les animaux, ce qui ne prouve pas qu'il en soit de même chez l'homme. L'expérience est donc indispensable pour en juger. (*Acad. di med. di Torino*, septemb.)

PLEURÉSIE. Diagnostic. Si parfois le défaut de respiration vésiculaire et de résonnance peut faire croire à un épanchement qui n'existe pas, il peut y avoir aussi absence des signes caractéristiques de l'épanchement, alors qu'il est très-considérable. M. Woillez rapporte ainsi deux faits de pleurésie avec épanchement purulent, reconnus seulement à l'autopsie. Dans le premier, après la thoracocentèse pratiquée au vingtième jour, la matité resta limitée sous le mamelon en avant et au tiers inférieur, en arrière et à droite, sinon que les derniers jours, elle s'éleva un peu en avant, et la résonnance, au lieu d'être mate, devint manifestement tympanique. La respiration resta faible et vésiculaire partout. Cependant, les phénomènes généraux s'aggravaient, et le cyrtomètre indiquait une ampliation croissante et latente du thorax ; de 735 millimètres, elle s'élevait à 830.

Après la mort, le côté droit de la poitrine, percuté en avant, donnait encore manifestement un son exagéré ou tympanique du haut en bas. La poitrine ne contenait cependant pas d'air. 3 litres environ de sérosité louche avec des fausses membranes la remplissait. Le poumon était refoulé en dedans par l'épanchement et accolé contre le médiastin, où il formait un segment de sphère, à convexité libre du côté de la plèvre, adhérent du haut en bas, en avant, aux parois thoraciques, au niveau des cartilages des vraies côtes.

Ainsi aplati et réduit de volume, ce poumon rendait à la percussion médiate un son manifestement tympanique et plus clair que la sonorité obtenue en avant du côté gauche parfaitement sain.

Dans le second cas, les phénomènes stéthoscopiques, très-clairs à l'entrée de la malade à l'hôpital, allèrent ensuite en diminuant. Au lieu d'une matité générale en arrière et à gauche, il était revenu du son au sommet et à la base, et des râles humides s'étaient montrés en avant, des deux côtés, la veille de la mort. Le bruit respiratoire s'entendait toujours partout, et il n'existait de souffle qu'à la base en arrière, tandis que l'autopsie révéla un épanchement purulent envahissant tout le côté gauche, sans indice de pneumothorax, comme dans le cas précédent. Le poumon refoulé en dedans adhérait, au sommet et en avant, aux parois thoraciques antérieures jusqu'au diaphragme.

M. Woillez explique ces anomalies par la condensation du poumon où le renforcement des bruits peuvent se modifier et ressembler à une respiration naturelle affaiblie en traversant le liquide. Le tympanisme résulterait surtout de ce que ce poumon condensé serait en rapport par des adhérences avec les parois thoraciques. (*Union méd.* n° 66.)

On verra que cette explication diffère beaucoup de celle d'autres observateurs, surtout en ce qui concerne le tympanisme. — Voy. PNEUMONIE.

Plusieurs faits rapportés à l'occasion de cette nouvelle théorie du tympanisme dans la pleurésie n'ont fait qu'obscurcir la question. C'est ainsi que chez une jeune phthisique présentant un son tympanique de tonneau vers le mamelon droit, et, en arrière, à gauche, persistant jusqu'à la mort, et constaté même avant l'autopsie, on trouva au lieu d'air, dans la plèvre, un litre et demi de sérosité citrine avec fausse membrane.

M. Potain a observé aussi, à l'hôpital Necker, la production subite d'un tympanisme très-marqué à gauche après une violente douleur, tandis que le côté droit était plein de liquide. La thoracocentèse ayant été pratiquée, il en retira 6 litres 1/2 de sérosité, et à mesure que le liquide s'écoulait, le tympanisme diminuait à gauche et finissait par disparaître complétement. Il faudrait donc l'expliquer, dans ce cas, par la simple compression du poumon gauche résultant de l'épanchement du côté opposé qui, en déterminant la tension pulmonaire, produit ce phénomène acoustique.

C'est l'explication adoptée par M. Gueneau de Mussy pour trois cas d'épanchement observés avec tympanisme. (*Soc. méd. des hôp.*, juin.)

Mort subite. Un malade atteint d'épanchement subaigu étant mort subitement à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 3 juin 1866, en se retournant du côté gauche pour dormir, sans que l'autopsie ait révélé la cause de cette mort subite, M. Netter conseille de recommander à tous les malades atteints d'épanchements pleurétiques, d'éviter les mouvements brusques et violents, et en cas de suffocation subite, de les replacer dans la position qu'ils occupaient. Il pense qu'en déplaçant brusquement le liquide par un changement de position, le cœur ou l'artère pulmonaire peuvent se trouver comprimés, quand l'épanchement siége à gauche, comme dans ce cas où le malade se plaçait à droite, pour éviter la douleur causée par un vésicatoire. (*Soc. méd. de Strasb.*)

Tartre stibié. Loin de combattre l'élément inflammatoire, comme dans la pneumonie, c'est sur l'élément séreux qu'il agit, selon M. Gallard. Et celà, non pas seulement en favorisant la résorption du sérum épanché, mais en en prévenant la reproduction par une action directe contre cette disposition très-grande chez certains malades ou dans certaines formes de la pleurésie, à ce qu'il se forme en abondance, se renouvelle et se reproduise sans cesse. A ce titre, il serait le meilleur préventif de la thoracocentèse, combattue avec tant de force par ce médecin dans la pleurésie aiguë. Mais de nombreuses évacuations vomi-purgatives sont indispensables ; si la tolérance s'établit, il doit être remplacé par d'autres moyens appropriés à cet effet. La disparition rapide et durable de vastes épanchements chez les cholériques en proie à d'abondantes évacuations séreuses spontanées, que M. Seux, de Marseille, a de nouveau constatée dans l'épidémie de 1865, a fait soupçonner cette action spéciale du tartre stibié dont l'expérience a confirmé la justesse.

Pour cela, on l'administre à haute dose : 30 centigrammes dans un julep, à prendre en trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures, en le continuant avec persistance jusqu'à ce que l'épanchement ait diminué d'une manière notable. Et de même que l'inflammation locale est combattue antérieurement par les

sangsues, les ventouses scarifiées, on emploie ensuite les vésicatoires volants, quand la fièvre tombe, pour achever la résolution de l'épanchement (*Gaz. des hôp.*, n° 22). Si cette interprétation donnée au rôle du tartre stibié dans la pleurésie se confirme, — et elle est toute physiologique, rationnelle et conforme à ce que l'on sait de la dérivation sur l'intestin dans les hydropisies, — le traitement en acquerra plus de précision et d'efficacité. — Voy. THORACOCENTÈSE.

PNEUMATOSE GASTRO-INTESTINALE. *Traitement.* Selon M. le professeur Fonssagrives, il faut la prévenir, chez les individus qui y sont prédisposés par une idiosyncrasie particulière ou par un état morbide. — On atteindra ce but par le choix d'un régime dont on proscrira sévèrement les féculents, le lait, etc. ; tous les aliments capables de donner lieu à un grand développement de gaz dans l'intestin.

Sans admettre que la flatulence dérive toujours d'un état atonique de l'estomac et de l'intestin, il est certain que, dans un grand nombre de cas, elle coexiste avec une sorte de torpeur des parois musculaires du canal intestinal ; de là vient que l'emploi des condiments stimulants et aromatiqnes est très-utile dans la pneumatose.

En Angleterro, on fait un grand usage dos condiments aromatiques dans le cas de dyspepsie atonique. — La poudre apéritive suivante de Gregory y jouit surtout d'une grande faveur. Elle se compose ainsi :

Rhubarbe	2	drachmes.
Magnésie calcinée.	2	—
Poudre de gingembre.	7	grains.
Poudre de cannelle.	17	—

Mêlez dans de l'eau ordinaire ou additionnée de quelques gouttes d'essence de menthe. — Prendre chaque matin par dose d'une demi-cuillerée à café.

Les infusions chaudes d'anis, d'agapana, l'anisette, le curaçao, l'élixir de Garus, le thé, pris après les repas, stimulent l'estomac et lui permettent de bien digérer. — Chomel recommandait aux personnes flatulentes de faire un exercice régulier ; l'intestin et l'estomac ont, en effet, besoin de la stimulation rhythmique que leur impriment les parois do l'abdomen, dont les contractions répartissent d'une manière uniforme les gaz

contenus dans l'intestin, et les empêchent de se cantonner dans certains points du ventre et d'y produire une sensation importune de distension et de tiraillement.

A l'eau de chaux, M. Fonssagrives associe la magnésie calcinée sous la forme suivante :

Magnésie calcinée	4	grammes.
Eau de chaux. } ãã Eau distillée.. }	60	—
Sirop de fleurs d'oranger	30	—

Mêlez.

A défaut de réussir à l'absorption, la neutralisation des gaz ou à leur expulsion à l'aide des carminatifs, des excitants, leur aspiration à l'aide d'une grosse sonde de gomme élastique, introduite aussi haut que possible par l'anus, en adaptant au pavillon la canule d'une seringue dont le piston est fermé, réussit le mieux à diminuer, à détruire le météorisme. En tirant le piston lentement, on remplit le corps de pompe de son volume de gaz, et en réitérant à plusieurs reprises cette manœuvre simple, on atténuo le malaise, les souffrances. On pourrait même se servir à cet effet de la pompe stomacale, dont s'est servi, pour la première fois et avec succès, le docteur Dickson dans un cas d'occlusion intestinale. — Voy. ce mot.

Enfin, tous les moyens échouant, M. Fonssagrives n'hésite pas à pratiquer la ponction stomacale ou intestinale, qui, de la médecine vétérinaire lui semble devoir passer dans la médecine humaine, en raison des bons résultats qu'elle lui a donnés sans accident.

PNEUMONIE. Séméiologie. M. le docteur Combes, de Jarzé, a observé depuis une dizaine d'années un symptôme constant qui n'a pas encore été signalé comme élément de diagnostic dans les ouvrages de pathologie.

Dès le début et pendant toute la période d'augment ou d'acuité, le malade éprouve des chaleurs générales ou partielles dans tout le corps, au visage ou à la tête seulement : sensations rapides et fugaces, analogues à ce qu'on observe chez beaucoup de femmes à l'âge de retour ; elles durent quelques minutes et se renouvellent avec une fréquence et une intensité toujours en rapport avec l'intensité de la fièvre, l'étendue de l'inflammation, peut-être sa nature et des temps d'exacerbation

ou de rémission. Impossible d'obtenir rien de précis sur le nombre de leurs retours dans un temps donné. La chaleur n'est donc pas toujours égale, même dans ses temps d'exacerbation, ce qui explique les variations observées.

L'importance de ce symptôme se déduit de ce qu'il est constant, qu'il ne se retrouve dans aucune autre fièvre, dans la bronchite ni dans la pleurésie, et qu'il est facile de le constater quand tous les autres signes diagnostiques font défaut au début ou ne parlent pas assez haut, du moins pour bon nombre de médecins.

L'explication de ce phénomène semble avoir sa raison d'être dans la congestion successive du poumon, et il a pu jusqu'ici échapper ainsi à la sagacité d'habiles observateurs. Cette sensation n'étant pas douloureuse, n'éveille pas suffisamment l'attention. On constate son existence par les questions facilement compréhensibles : Avez-vous éprouvé des bouffées de chaleur ? Vous monte-t-il des chaleurs au visage ? Les réponses du malade sont toujours en accord parfait avec le développement de la maladie. Cependant ce mode de constatation commande la réserve et doit engager les praticiens à en vérifier la réalité. (*J. des Conn. médicales*, n° 3.)

Résonnance tympanique. De même que le professeur Skoda et d'autres observateurs, M. Woillez entre autres, qui a donné à ce phénomène de percussion le nom de *tympanisme pulmonaire*, le docteur Hayden de Dublin a remarqué cette matité sonore, *résonnant dullness*, tympanique, profonde, voilée — *muffled* — dans certains cas d'hépatisation partielle ou totale des poumons, attribuée généralement à la présence de l'air dans la plèvre. pneumothorax simple par perforation, on secondaire par sécrétion, comme il y en a des exemples, mais en lui donnant une nouvelle interprétation qui tend à s'accréditer en Irlande. Tout en reconnaissant qu'une partie de tissu pulmonaire, hépatisée, solidifiée, interposée entre un substratum de poumon sain, perméable, et les parois thoraciques, peut en rendre compte suivant la théorie de Skoda, il montre qu'elle ne saurait satisfaire dans tous les cas, et qu'elle est infirmée par certains faits.

Ainsi, un homme de quarante-six ans fut admis, le 24 mai 1865, à l'hôpital de la Miséricorde, atteint depuis quatre jours d'une pneumonie typhoïde du lobe supérieur du poumon gauche,

avec matité complète en haut antérieurement, absence de murmure respiratoire et de tous autres bruits, tandis que, en bas, latéralement et partout, en arrière comme à droite, la respiration est normale. Traitée par l'alcool et le sulfate de quinine, la maladie s'étend et la matité descend jusqu'à la sixième côte le lendemain ; mais bientôt le râle crépitant faible reparaît avec matité, lorsque, le 3 juin, elle est modifiée par une sonorité particulière, d'un caractère quelque peu tympanique sous la clavicule seulement. De la pleurite sans épanchement avec péricardite vient compliquer ce cas vers la fin, et, néanmoins, le malade sort de l'hôpital le 12 juin en voie de guérison.

Si l'interprétation de Skoda était ici parfaitement acceptable, elle est infirmée au contraire par ce second exemple où l'absence de *résonnance tympanique* la contredit formellement.

Un commerçant, adonné à l'ivrognerie, est pris le 20 septembre d'un accès de *delirium tremens* de forme asthénique. Appelé le 27 avec le docteur Cahill, nous constatons : pouls à 150, 42 inspirations, grande dyspnée, face vultueuse, conjonctives jaunâtres, langue chargée, urine rare, bilieuse. Soif insatiable avec renvois. Sensibilité de l'estomac et du foie à la pression ; celui-ci augmente de volume. Matité du côté droit en avant, de la clavicule au mamelon, s'étendant jusqu'à l'aisselle avec respiration bronchique et râle crépitant ; au contraire, la partie correspondante en arrière et latéralement donne une respiration et une sonorité normales. Toux, expectoration brunâtre, visqueuse.

Traitée par le sulfate de quinine et les alcooliques, conjointement avec des ventouses *loco dolenti*, cette pneumonie marche rapidement, comme d'habitude, en pareil cas, vers une terminaison fatale sans que les phénomènes stéthoscopiques aient changé ni que la sonorité tympanique ait apparu. Le 1er octobre, le malade meurt dans une syncope.

Cet exemple est donc la négation du premier en ce qu'il réfute l'explication du fait dont il s'agit. Il montre qu'une partie du lobe supérieur étant hépatisée, solidifiée, l'autre restant saine, n'entraîne pas absolument la résonnance comme l'implique la doctrine de Skoda. En voici d'ailleurs la contradiction formelle, évidente, manifeste.

Un homme de vingt-six ans entre à l'hôpital le 9 juin avec une pneumonie commençante de la base du poumon droit et qui s'étend rapidement en haut. De la base au mamelon en

avant, et au même niveau en arrière, la matité est complète avec râle crépitant; mais, du mamelon à la clavicule, la percussion rend un son mat mêlé de résonnance métallique donnant la sensation d'un corps solide, mais sonore. Au-dessus, respiration bronchique accompagnée de râle crépitant. Bientôt il s'y joint de l'épanchement dénoté par une amplitude d'un pouce en excès du côté droit sur le côté gauche mesurés au-dessous du mamelon.

La percussion pratiquée avant l'autopsie donne les mêmes résultats que pendant la vie, si ce n'est que la résonnance tympanique est un peu moindre. Le corps étant complétement immergé dans l'eau, avec une nappe d'un pouce et demi au-dessus, tandis que la percussion de la surface de cette nappe liquide, suivant les règles de la percussion digitale, ne donne rien de remarquable du côté gauche, rend à droite un son tympanique très-manifeste, semblable à celui d'une bourse de cuir remplie d'air. La cavité pleurale droite ouverte avec précaution sous l'eau, le doigt détruisant les adhérences, afin de déterminer si elle contenait de l'air, ne donne pas issue à une seule bulle, de l'aveu du docteur Cruïse et de tous les élèves présents.

Péricarde distendu par le sérum, avec de récentes granulations sur la surface antérieure du cœur, surtout à la base. Cœur normal, sinon diminué, ferme, un peu graisseux. Poumons adhérents partout, surtout le droit attaché au diaphragme. Son expansion est telle qu'il remplit tout ce côté de la cage thoracique. D'un gris noirâtre, sa surface antérieure est épaissie et recouvre le cœur; les fissures pulmonaires sont oblitérées. Auscultés immédiatement, les lobes supérieur et moyen droits rendent un son métallique comme voilé — *a somewhat muffled metallic ring* — un peu moins clair que celui obtenu pendant la vie, mais du même timbre. Matité profonde sur tout le lobe inférieur.

Une section verticale de ce poumon du sommet à la base, d'arrière en avant, donne la sensation d'un corps solide. La surface de la coupe est d'un gris clair, un peu noirâtre à la base. Aucun fluide ne s'en échappe, si ce n'est de la matière puriforme épaisse à la pression. Plongé dans l'eau, il ne surnage pas comme le gauche.

La doctrine de Skoda est manifestement convaincue d'erreur par ce fait, puisqu'aucune portion de tissu pulmonaire n'était

perméable à droite pour rendre compte de la résonnance tympanique que produisait la percussion. Par son siége au sommet du poumon, on ne peut admettre davantage qu'elle fût communiquée par l'estomac, comme Stokes en rapporte un exemple (*Diseases of the Chest*, v. I, p. 334). La résonnance dans ce cas « ressemblait à celle que donne l'estomac au plus haut degré de distension flatulente » sans être voilée comme dans les précédents. On ne peut la rapporter davantage à l'hypothèse du docteur Williams qui, pour expliquer cette résonnance pneumonique dans les cas de Graves, Stokes et Hudson, dont il va être question, soupçonne que c'étaient des exemples de sonorité trachéale ou amphorique provenant de la *consolidation* du lobe supérieur du poumon (*Cyclopedia of pract. médic.*, p. 403). Outre qu'une telle supposition est une injure à des observateurs aussi distingués, l'obs. II montre qu'elle est toute gratuite, puisque la condition matérielle existait là sans production du phénomène. L'autopsie démontre enfin qu'on ne peut l'attribuer davantage à la présence de l'air dans la plèvre, soit par perforation, soit par sécrétion. Une cause inconnue est donc indubitable, et cette cause est, suivant le docteur Hayden, l'accumulation de l'air dans le tissu même du poumon où il se trouve emprisonné indépendamment de toute rupture, perforation ni caverne, et coïncidant avec la plegmasie de cet organe.

On ne saurait se dissimuler l'importance de ce nouvel élément de diagnostic des affections pulmonaires qui dérange toutes les règles admises jusqu'ici. La seule preuve en est, il est vrai, dans l'expérience précédente. Mais l'auteur invoque les faits II et VII rapportés par le docteur Hudson dans son mémoire sur la pneumonie typhoïde comme venant à l'appui de cette doctrine. (*Dublin Journ.*, juillet 1835.) Comme dans l'obs. III précédente, il y eut d'abord point de côté, matité à la percussion, absence de respiration et râle crépitant sur le point affecté du poumon, ce qui fit de même diagnostiquer au début une pleurésie avec épanchement que la respiration bronchique survenue le lendemain démentit.

Dans ce cas du docteur Hudson, la sonorité morbide apparut dans le point hépatisé dès le quatrième jour, tandis que c'est seulement le sixième et le quatorzième dans les observations précédentes. Elle continua dans les deux cas mortels jusqu'à la mort et fut remplacée par la matité primitive après six jours de

durée dans l'observation I. Dans ces trois cas, elle fut accompagnée de respiration bronchique et de râle crépitant.

On ne peut attribuer cette résonnance à une pneumonie centrale, car la préexistence de la matité durant plusieurs jours avant son apparition autant que la généralisation de l'hépatisation, démontrée dans deux cas par l'autopsie, témoignent assez du contraire.

Dans le septième fait du docteur Hudson, la respiration et le râle crépitant s'associaient de même avec la résonnance, qui continua jusqu'à la mort. Le diagnostic différentiel de la sonorité due à l'air emprisonné dans le poumon hépatisé et celle qui résulte de son accumulation dans la plèvre pourrait ainsi, suivant lo docteur Hayden, être basé sur ces signes coïncidants.

A juger de ce symptôme par ce qu'en disent les auteurs spéciaux, il doit être excessivement rare. Les deux exemples précités du docteur Hudson sont les premiers cas de cette sonorité tympanique signalée dans la pneumonie comme n'étant pas due à la présence de l'air dans la plèvre. En l'indiquant comme un des signes les plus remarquables dans son ouvrage, le docteur Stokes la rapporte à la présence de l'air sécrété dans la plèvre. Il ne connaissait donc pas encore en 1837 cette seconde forme de résonnance pneumonique, ou du moins il n'était pas convaincu de sa réalité; mais depuis il s'est converti à l'interprétation nouvelle, et admet parfaitement une forme *pulmonaire* de cette matité tympanique dans la pneumonie typhoïde comme distincte de la forme *pleurale*. (*Dublin quart. Journal.*)

Tous les autres auteurs, même les plus récents, sont muets à cet égard. M. Grisolle ne mentionne pas du tout cette résonnance de la percussion dans son savant *Traité de la pneumonie*. Le docteur Fuller, dans son ouvrago *Diseases of the chest*, 1862, n'y fait pas allusion, non plus que le professeur Trousseau dans sa *Clinique*, ni M. H. Bennet dans ses *Clinical Lectures*. De nouvelles études, de nouvelles observations sont donc indispensables pour être fixé à cet égard.

C'est dans la constitution de l'urine que le docteur Monti trouve au contraire de nouveaux éléments de conviction. Rouge foncé et rare dans la période d'exsudation, sa densité s'élève de 1021 à 1032 par la présence d'uno grande quantité de matériaux solides. L'urée, l'acide urique et les urates sont plus abondants, tandis que les autres produits sont en quantité normale ou en

diminution, les chlorures notamment. L'albumine s'y rencontre parfois.

Dans la période d'état, elle redevient plus abondante, d'un rouge clair avec une réaction plus acide. Les autres parties constituantes ne varient guère sinon que l'albumine augmente.

Dans la période de déclin, son abondance augmente encore, elle devient rosée, moins dense et alcaline. L'urée diminue avec la fièvre ; les urates augmentent ainsi que les chlorures. En un mot, elle reprend la constitution normale. (*Gazz. med. italiana.*)

Si, au point de vue de l'urologie, il est intéressant de connaître ces modifications en détail, il est superflu pour le praticien, au contraire, avec ses moyens physiques de certitude diagnostique, de porter ses investigations de ce côté

Traitement. L'indication précise en découle de la statistique des 1707 cas observés et traités par M. Hugues Bennett pendant une période de vingt-cinq ans, du 1er juillet 1839 au 1er juillet 1864.

Jusqu'en 1848, où le traitement antiphlogistique était en faveur, sur 547 cas de pneumonie, il y a eu 205 morts : soit 1 : 2 1/2.

De cette époque à 1856, où le traitement tonique commença à être employé, sur 609 cas, il y eut 131 morts, soit 1 : 4 1/2.

Enfin de là en 1864, où ce dernier traitement a été employé de plus en plus exclusivement, 551 cas n'ont donné que 71 morts, soit 1 : 7 3/4. (*Lancet*, février.)

Pour des périodes aussi longues et inégales, il est difficile d'invoquer avec raison l'influence des constitutions médicales, la nature spéciale de cette maladie, ou toute autre cause, pour expliquer ces différences dans le résultat du traitement, et de ne pas admettre l'action toute-puissante de celui-ci. Aussi pour résoudre définitivement la question de l'effet des toniques et excitants, dont le célèbre professeur s'est constitué l'un des plus chauds défenseurs, convie-t-il tous les médecins, exerçant ou non dans les hôpitaux, à collaborer avec lui à ce sujet en lui envoyant le résumé de leurs observations à cet égard dans des tableaux statistiques. (*Lancet*, décembre 1865.)

Alcooliques. C'est précisément à fixer les signes distinctifs de dépression réellè réclamant l'usage des stimulants de celle qui

n'est qu'apparente, factice, que M. le professeur Traslour (de Nantes) s'est appliqué. La tâche est difficile, car souvent la limite est insaisissable. Aussi un long mémoire et de nombreuses observations y sont-ils consacrés. Suivant cet observateur distingué, les indications spéciales des alcooliques sont : la faiblesse, l'absence de réaction, la pâleur de la face, le refroidissement de la peau, les crachats purulents faisant craindre l'hépatisation grise, l'étendue de la pneumonie, l'improbabilité d'une résolution spontanée, la vieillesse, la dépression excessive causée par les antimoniaux. Elles sont précises surtout lorsque la pneumonie ne marche pas à la résolution, que les forces déclinent, qu'il y a des accidents ataxo-adynamiques ; en un mot, quand il y a dépression des forces, quelle qu'en soit la cause. (*Bull. de thérap.*, janvier.)

L'art du thérapeute est sans doute dans ces distinctions symptomatologiques ; mais il y aurait erreur à accorder une nouveauté à la médication, sinon alcoolique, au moins tonique, stimulante dans ces conditions pathologiques. Quel est le praticien qui, en présence de ces signes de dépression, n'ait eu recours au vin de quinquina à haute dose, aux potions cordiales, musquées, etc. Toute l'innovation est donc la substitution du cognac aux produits pharmaceutiques ; l'indication n'a pas varié.

Digitale à haute dose. — En portant dans la thérapeutique les procédés d'analyse comparative et expérimentale employés dans les autres branches de la science, les représentants de la génération médicale qui s'avance ont bien montré qu'ils en comprennent ainsi le progrès. M. le docteur Gallard, cherche à fixer ainsi plus rigoureusement qu'on ne l'a fait celles de la digitale dans la pneumonie. S'inspirant de l'action physiologique sédative de ce médicament sur le cœur, il le croit spécialement indiqué quand la réaction fébrile, très-intense et semblant commander l'emploi des antiphlogistiques, coïncide avec une profonde débilité ; la dépression, l'adynamie du malade réclamant, au contraire, les stimulants, les toniques. En un mot, ce sont dans ces cas mixtes intermédiaires à l'ataxie et l'adynamie, qualifiés de *pneumonie typhoïde*, que la digitale lui a paru le mieux réussir, comme il en cite l'exemple suivant à l'appui.

Il s'agit d'un garçon de dix-neuf ans, qui, au sixième jour

d'une pneumonie droite, présentait 108 pulsations avec affaissement et dépression notable des forces : 5 centigrammes de poudre de digitale, pris de deux en deux heures jusqu'à concurrence de 20 centigrammes, suffirent à abaisser le pouls à 90, puis à 60 le lendemain. Une guérison rapide s'ensuivit. (*Bull. de thér.*, mars.)

Si marqué que soit l'abaissement du pouls dans ce cas et son issue heureuse, il ne saurait prouver à lui seul la thèse de l'auteur. Il ne semble même pas parfaitement choisi à cet effet. La durée de huit jours seulement de la maladie et l'emploi préalable de moyens actifs : tartre stibié et vésicatoire, ne laissent pas ressortir assez clairement cet état ataxo-adynamique, typhoïde, qu'il s'agit de mettre en lumière, ni l'action immédiate de la digitale. On peut objecter l'action des moyens antérieurs et la marche naturelle de la maladie. La thèse est donc à reprendre et à fortifier par des observations ultérieures.

Émétique. Selon M. Déchaux, il peut exceptionnellement, même aux doses les plus accréditées, produire des symptômes fâcheux et la mort elle-même, par *hyposthénisation.*

Il s'agit d'une enfant de deux ans qui, après avoir pris sur l'ordonnance du médecin un mélange de 45 grammes de sirop d'ipéca, 30 centigrammes de poudre *dito*, et 5 centigrammes de tartre stibié en sept cuillerées, de neuf heures du matin à midi moins un quart, le 23 mars dernier, s'éteignit à minuit. Non alitée le matin même, cette enfant, que le médecin avait à peine trouvée malade, disant que le côté gauche seul respirait moins bien, qu'il pourrait survenir une fluxion de poitrine, en vue de quoi il ordonnait le mélange précédent, cette enfant, dis-je, fut considérée comme empoisonnée. Dès la troisième dose, sa figure, sa voix, son expression, ont changé. Des vomissements et des selles immodérés — *comme une lessive* — sont survenus. Effrayés du facies, des yeux creux et cernés, du visage pâle, de la voix éteinte, de la résolution des membres et de leur refroidissement, les parents ont envoyé chercher le médecin qui trouva un aspect cholériforme, et, en apprenant que le remède avait été préparé par la *femme* du pharmacien, laissa échapper le mot d'empoisonnement. Dès lors, exhumation du cadavre le lendemain de l'enterrement, et MM. Déchaux et Dufour constatent la parfaite intégrité du tube digestif dans toute sa longueur, sans le moindre indice chimique ni anatomique

d'empoisonnement. On découvre, au contraire, une pleurésie gauche très-accusée, avec épanchement d'un demi-verre de sérosité citrine, flocons albumineux et gélatineux adhérents, poumon rouge brun noir, ecchymosé, gorgé de sang, engoué, tandis que le côté droit est intact.

D'où cette conclusion « que l'émétique, remède journalier et des plus précieux, peut exceptionnellement, même aux doses les plus accréditées, produire des symptômes fâcheux et la mort elle-même par hyposthénisation, c'est-à-dire par une action nerveuse, par une grande prostration, le brisement des forces, un affaiblissement extrême et l'anéantissement. » Et l'auteur de rappeler sommairement six cas analogues, en disant qu'il en compte plus de 100 où l'émétique, à doses communes ou élevées, a produit des phénomènes effrayants et dangereux. (*Gaz. méd. de Lyon*, p. 228.)

L'extrême laconicité, la simple citation de ces derniers faits, ne permet pas de les discuter; mais je ne sais pas que pareille observation soit très-commune. Jamais je ne l'ai faite ni vue consignée ailleurs. Ce n'est pas à cette dose que l'émétique est nuisible, et bien que celle du vomitif fût considérable pour une enfant de cet âge, est-ce au remède, à son mode d'administration ou à la maladie qu'il faut attribuer l'issue fatale? Évidemment, devant un diagnostic aussi précis que l'autopsie l'a montré, une telle médication ni son mode d'emploi n'avaient de raison d'être. On n'administre les vomitifs de cette façon que pour les faire tolérer. Autrement, sitôt l'effet produit, on s'arrête; voilà la règle. Si donc la mort a été le résultat de l'hyposthénisation de l'émétique, celle-ci est dû manifestement à la manière vicieuse dont ce vomitif a été prescrit et administré.

Mais n'est-ce pas bien plutôt à la marche foudroyante de la maladie elle-même que l'enfant a succombé. Comment en douter devant l'étendue, la gravité des lésions anatomo-pathologiques, alors que cette enfant était à peine indisposée la veille et pas même alitée le matin. Est-ce à dire que l'action vomitive persistante, prolongée, a contribué à ce développement rapide, précipité? On ne pourrait le soutenir ni l'expliquer; tandis que des exemples semblables, sans vomitif, ont été partout observés.

C'est ce que M. Dupuy a démontré à la Société de médecine de Bordeaux (mai), dans la discussion sur l'opportunité de l'expectation dans la pneumonie. Il en est résulté que la plupart des

membres de cette Société n'adoptent pas les enseignements de la dernière statistique de M. Barthez à cet égard. Ses partisans ont eu beau dire que l'expectation s'adressait exclusivement ici aux pneumonies lobaires franches : comment les distinguer? a-t-on répondu ; comment savoir si, lobaire aujourd'hui, elle ne deviendra pas lobulaire demain? De là l'indication du traitement, l'intervention de la thérapeutique active légitimée par les quatre exemples d'enfants à la mamelle cités par M. Dupuy et mortels en deux, trois et quatre jours, sans que l'on ait pensé à accuser l'émétique employé dans ces cas. L'interprétation contraire de M. Déchaux mérite donc d'être signalée.

Pneumonie des vieillards. *De la pneumonie lobaire aiguë des vieillards.* Thèse inaugurale de Paris, par le docteur G. Bergeron. Renouvelant à la période opposée de la vie les observations que M. H. Roger a faite chez les enfants, l'auteur, à l'aide du thermomètre de Leyser, placé dans le rectum, a constaté l'élévation de la température comme un des signes les plus caractéristiques de cette maladie. De 37°,1 C. ou 2/5 à l'état normal, elle s'élève brusquement à 39, 40 et 41° et arrive en un à deux jours à ce summum d'intensité. Elle décroit de même et, le plus souvent, elle est de 2 à 3 cinquièmes de degré plus élevée le soir que le matin, ce qui est d'un favorable augure ; tandis que la mort est à craindre si elle reste élevée, uniforme. Elle s'élève rarement au-dessus de 39 2/5 dans la pneumonie catarrhale, ce qui est un précieux élément de diagnostic différentiel entre ces deux formes d'une même affection.

Pneumonie symptomatique. De même qu'on la voit souvent apparaître dans le cours de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives, la rougeole, notamment, M. Robert de Latour en fait une complication fréquente de la fièvre pernicieuse dont elle serait, pour ainsi dire, l'effet (voy. Fièvre pernicieuse). Un caractère spécial même la distingue. Tandis qu'idiopathique, elle se montre le plus ordinairement en bas et en arrière à droite, c'est à gauche, au contraire, en arrière et en haut, qu'on la rencontre dans le cas de fièvre pernicieuse larvée, dont elle peut ainsi déceler l'existence avec le secours de la température. Dans ce cas, la durée en est éphémère et liée à la maladie principale, c'est-à-dire à l'emploi du sulfate de

quinine qui seul peut en obtenir raison. Elle disparaît et reparaît ainsi avec les accès. (*Union méd.*, n°s 29, 32 et 35.)

Pneumonie suettique. Cette variété nouvelle, omise par la généralité des auteurs classiques, a été l'objet d'un travail spécial, plutôt théorique que clinique, malgré son titre, de la part de M. le docteur Daudé en 1862, passé à peu près inaperçu. En y insistant de nouveau, M. Putégnat de Lunéville tend davantage à fixer l'attention sur ce sujet par les quelques exemples qu'il rapporte (*J. de méd. de Bruxelles*, janvier). Mais il sera d'autant plus difficile de faire admettre cette variété et de l'introduire dans le cadre nosologique que la suette, observée de tout temps avec la pneumonie, qu'elle soit épidémique, comme dans le cas de M. Daudé, ou sporadique, comme dans ceux de M. Putégnat, en a été considérée comme une complication. Il y a donc à démontrer qu'elle y est liée essentiellement. L'étroite sympathie de la peau avec les poumons ne crée-t-elle pas un rapport de causalité entre ces deux affections, et le trouble de la respiration, en provoquant la transpiration, ne détermine-t-elle pas aussi la miliaire?

POLYPES. **Polypes naso-pharyngiens.** Sur 8 extirpations par le procédé de la voie nasale (voy. année 1864), M. Ollier n'a perdu qu'un seul opéré. C'était dans un cas où le polype pénétrait dans le crâne sans que rien fît prévoir cette complication. 6 fois les polypes étaient fibreux et 2 fois glandulaires (*Soc. de chir.*, juin). C'est donc là un avoir de succès imposant pour ce nouveau procédé inauguré par M. Chassaignac.

Polypes laryngiens. *Laryngotomie thyréo-hyoïdienne.* Pratiquée en 1859, par M. Prat à Taïti, cette opération, substituée à la laryngo-trachéotomie que plusieurs chirurgiens ont exécutée à l'exemple de M. Ehrmann (voy. année 1865), paraît préférable à M. Follin en ce qu'elle permet de pénétrer dans le larynx sans l'ouvrir aussi largement, sans craindre de blesser les cordes vocales, et d'arriver directement sur les polypes dont le laryngoscope montre le siége exact. — C'est ainsi que pratiquée par lui dans un cas de polypes multiples, le succès obtenu depuis trois ans ne s'est pas démenti.

Voici d'ailleurs comment il résume les indications des di-

verses opérations applicables à ces excroissances. Contre les polypes visibles dans la région glosso-épiglottique, soit qu'ils y prennent naissance, soit qu'ils viennent y faire saillie dans les mouvements exagérés de déglutition, il faut toujours tenter l'extirpation par une ligature jetée sur le pédicule du polype saisi et fixé par une pince.

Dans les polypes, qu'on ne peut découvrir que par le laryngoscope, il faut encore essayer, sous l'éclairage laryngien, de les enlever à l'aide de pinces longues et coudées introduites dans le larynx, avec la précaution urgente de traverser le canal pharyngo-laryngé, rapidement et sans exercer d'attouchement sur la muqueuse de ce canal.

Dans le cas où le malade est rebelle aux explorations laryngoscopiques, soit par indocilité, soit par des mouvements réflexes, il faut avoir recours à l'extirpation des polypes par des voies artificielles.

Dans le choix des opérations à pratiquer alors, la laryngotomie thyréo-hyoïdienne doit, dans un bon nombre de cas, être préférée à la laryngotomie thyroïdienne, qui est difficile à pratiquer à un certain âge, par l'ossification du cartilage thyroïde, et, dans tous les cas, par la crainte trop souvent justifiée, en particulier dans le cas de M. Ehrmann, d'altérer les cordes vocales, et partant le mécanisme de la voix.

La laryngotomie thyréo-hyoïdienne, facile à pratiquer sans rencontrer de vaisseaux dangereux à léser ou d'organes importants pour la voix, est très-bien indiquée pour enlever : 1° les polypes laryngiens situés dans la région épiglottique, dans la dépression que laissent de chaque côté les ligaments glosso-épiglottiques et sur ces ligaments mêmes ; 2° les polypes insérés sur les replis arythéno-épiglottiques et sur la muqueuse qui recouvre les cartilages arythénoïdes, enfin à la surface supérieure des cordes vocales ou dans leur voisinage.

Une trachéotomie préalable n'est indiquée que dans les cas où existe une suffocation imminente. (*Acad. de méd.* septembre.)

Polype prostatique. Un étudiant en médecine de vingt-deux ans, n'ayant jamais eu ni blennorrhagie, ni chancre, fut atteint, après trois mois d'excès vénériens, de pertes séminales nocturnes, survenant ensuite à chaque défécation. De là amaigrissement, affaiblissement de la vue avec douleurs obtuses au-dessus du globe de l'œil, pesanteur au périnée, tiraille-

ments très-pénibles du cordon spermatique, surtout debout.

Urines physiologiques d'un jet normal, avec émission répétée de vingt à trente fois par jour, sans autre sensation qu'un peu de chaleur au passage.

Érection normale donnant lieu à de la tension vers la racine de la verge. Pas d'engorgement des ganglions de l'aine.

Inquiet de ces pertes séminales rebelles aux douches froides sur le périnée, le malade consulte un médecin deux mois après leur début. Des spermatozoïdes ayant été constatés dans l'urine, la cautérisation fut résolue et pratiquée immédiatement, le 23 juin 1865. Rien de remarquable dans son exécution, sinon que, en rentrant le porte-caustique dans la sonde, une résistance fut perçue et attribuée par le chirurgien à un pli de la muqueuse uréthrale. Par une légère traction, il ramena au bout de la sonde une petite masse globulaire grosse comme une demi-aveline. Dépouillée du mucus qui l'entourait, et examinée au microscope, elle présenta tous les caractères d'un polype muqueux : sa forme était celle d'une branche de corail, ramifiée en cinq ou six troncs secondaires, partant d'un pédicule commun, blanchâtre, parfaitement distinct de la masse qui allait en s'étalant, et long de 1 centimètre sur 3 millimètres d'épaisseur.

Une lipothymie d'une demi-heure, et un pissement de sang durant trois jours à chaque miction, furent les seuls accidents consécutifs de cette opération très-douloureuse. Le 27, le malade put reprendre ses habitudes et n'a rien ressenti depuis seize mois. Les douleurs ont disparu, les pertes ont cessé, et la guérison paraît définitive. (*Bull. méd. de l'Aisne.*)

Au point de vue de l'histoire encore si obscure des polypes de l'urèthre, comme ce fait en est la preuve, il est d'un haut enseignement sur leur siége, leurs signes et leur traitement.

Polypes de l'utérus. M. Mazzucchelli, chef de clinique du professeur Porta, de Pavie, fait connaître l'appareil dont se sert le célèbre chirurgien pour la ligature des polypes de l'utérus. Deux tiges droites semblables, d'acier, longues de 20 centimètres, formant anneau à leur extrémité supérieure et terminées en pied de biche, servent à porter le fil sur le pédicule de la tumeur. On l'introduit double dans ces deux anneaux, de manière à former une anse allongée d'un côté, les deux extrémités pendantes de l'autre. La base du polype étant en-

gagée entre ces deux fils et les deux tiges qui le supportent, il ne s'agit plus que d'élever celles-ci simultanément au niveau du pédicule. En tirant sur les deux extrémités du fil, il s'échappe de la tige gauche et se trouve placé sur le col du polype. Il n'y a plus qu'à introduire la tige libre par l'extrémité opposée en la guidant en dedans de celle qui est en place et qui lui sert de conducteur pour saisir le fil sur cette extrémité bifurquée et le tordre, le serrer ainsi sur le polype.

Une certaine analogie existe entre cet appareil et celui de Favrot, décrit par Malgaigne, dans son *Manuel de médecine opératoire*, mais rien n'en démontre la supériorité sur celui de Desault généralement employé. (*Annali univ. di medicina*, sept.)

POULS. Examinant, comparant, rapprochant les études et les dires des anciens auteurs sur ce sujet, avec les observations modernes, M. Ferrand, sans trouver une concordance parfaite, signale pourtant plusieurs rapprochements qui, sous des expressions, des noms divers, expriment, selon lui, absolument la même chose. Reste à vérifier si cette synonymie, cette correspondance représentée dans le tableau suivant, est toujours bien exacte :

	QUALIFICATIONS DES ANCIENS.	EXPRESSION SPHYGMOGRAPHIQUE.
	Pouls rapide.	Ascension verticale.
Pouls de la faible tension (Ferrand).	Pouls développé.	Amplitude du tracé.
	Pouls saillant.	Plateau plus ou moins étendu.
	Pouls mou.	Abaissement rapide de la ligne descendante.
	Pouls ondulant.	Inégalité de la ligne descendante.
	Pouls dicrote.	Idem.
Pouls de la forte tension (Ferrand).	Pouls lent.	Ascension oblique.
	Pouls peu développé, concentré.	Défaut d'amplitude du tracé.
	Pouls tendu, non saillant. . . .	Plateau plus ou moins étendu et un peu convexe.
	Pouls résistant, gardant sa plénitude durant la systole. . . .	Descente uniforme, sans ondulations, d'une obliquité presque horizontale et parfois un peu convexe.

Toutes les expressions, le luxe des qualifications des anciens

à ce sujet, seraient ainsi justifiées par les nuances variées du tracé sphygmographique, qui mieux et plus exactement que le langage le plus riche, traduit aujourd'hui graphiquement l'état du pouls. Tout en repoussant la distinction de Bordeu en pouls supérieur et pouls inférieur, celui qu'il appelle *stomacal* ou du *vomissement* paraît bien être à M. Ferrand le pouls égal, mais fort peu développé, exprimé par la sphygmographie dans cet état normal par une faible systole cardiaque, soit une forte tension artérielle. De même du pouls des trois périodes de la fièvre admises par Bordeu, distinction rejetée, condamnée par la critique moderne, et justifiée, réhabilitée, restaurée par le sphygmographe.

Ainsi, la période d'irritation, dite d'augment ou de crudité, de concentration des forces, représentée par un pouls vif, serré, dur et convulsif, est à peu près le même que celui de l'algidité ou de concentration périphérique de M. Marey, c'est-à-dire ce pouls peu développé, faible, lent, correspondant à une forte tension vasculaire. Celui de la coction, comparé à celui de la fièvre, est de même développé, plein, fort, libre par le relâchement des vaisseaux, d'où la diminution de la tension. Sauf quelques exceptions, il y a donc accord sur ce sujet.

De même du pouls des crises et de la sueur en particulier, décrit comme plein, souple, ondulant, fort et incident, et que l'exploration physique retrace bien tel après qu'une évacuation rapide a diminué brusquement la tension vasculaire. (*Bull. de thér.*, juin.)

Quoi qu'il en soit de ces rapprochements curieux, dont il n'était possible de signaler ici que les principaux, ils indiquent une érudition de bon aloi et, faits ou non pour la cause de la doctrine de la *tension vasculaire*, ils ne méritent pas moins l'approbation et l'éloge par les vues ingénieuses qu'ils suscitent sur la valeur du pouls comme élément de diagnostic.

Pouls dicrote. *Variété.* En s'occupant sans relâche des applications du sphygmographe qu'il a introduit le premier, en Portugal, à l'étude des diverses maladies, et notamment celles du cœur, où il excelle, M. Alvarenga a constaté et décrit une variété du pouls dicrote dans l'insuffisance aortique. Elle est rendue manifeste par une brisure dans la ligne ascendante près du sommet. Celle-ci, après s'être élevée verticalement avec rapidité, s'arrête en formant un crochet et continue ensuite

obliquement jusqu'au sommet pour doscendre de la même manière. Ce sont des lignes brisées et réunies par une sorte de crochet, comme on en voit le tracé sphygmographique. (*Gazeta medica de Lisboa;* décembre.)

Au point de vue pratique, cette observation ne manque pas d'importance. Autant le dicrotisme est fréquent et sensible au doigt dans la systole, autant il est rare, faible, insensible dans la diastole. Les doigts de l'observateur le plus habitué ne peuvent souvent le distinguer. Exemple de la supériorité de cet instrument et de son exquise sensibilité, bien supérieure à nos sens.

Vérifiant, contrôlant les rapports de ce pouls avec les phénomènes critiques des maladies aiguës, inflammatoires, que les anciens lui attribuaient, M. Candela y Sanchez a trouvé qu'il précédait, annonçait l'épistaxis critique, sauf de rares exceptions, et que son intensité est toujours en rapport avec celle de cette hémorrhagie. Il serait donc un indice favorable et d'une grande valeur pronostique. Le médecin, dès son apparition, pourrait compter sur les ressources de la nature et une convalescence prochaine sans insister davantage sur une thérapeutique active. (*Siglo medico;* n° 670.)

PRIX. Voici l'énumération de ceux mis au concours par les principaux corps savants pour 1867.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Prix de l'Académie : Histoire clinique des tumeurs fibro-plastiques, 1000 fr.

Prix Portal : Des diverses espèces de mélanose, 1000 fr.

Prix Civrieux : De la démence, 1000 fr.

Prix Barbier : 4000 fr.

Prix Capuron : Faire connaître les altérations que subissent les enfants qui séjournent, un temps plus ou moins long, dans la cavité utérine après leur mort. Indiquer, s'il est possible, par la nature de ces altérations, l'époque à laquelle il faut faire remonter cette mort, 1000 fr.

Prix Amussat : Travail ou recherches basées simultané-

ment sur l'anatomie et sur l'expérimentation, ayant réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne sont point admis les travaux couronnés antérieurement, soit à l'Académie impériale de médecine, soit à l'Académie des sciences de l'Institut, 1000 fr.

Prix Itard : Le meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée, ayant subi l'épreuve du temps par deux ans de publication, 3000 fr.

Prix Godard : Le meilleur mémoire sur la pathologie externe, 1000 fr.

Tous ces ouvrages, écrits en français ou en latin, doivent être parvenus à l'Académie avant le 1er mars 1867.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE MADRID.

I. Examen critique des divers traitements employés contre les plaies pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen.

II. Déterminer les caractères distinctifs de la pellagre et de l'acrodynie et des autres affections leur ressemblant ; de leurs causes et de leur prophylaxie.

Une somme de 500 francs avec médaille d'or et le titre de correspondant, ainsi qu'un accessit avec médaille d'argent et le titre de correspondant seront la récompense des lauréats.

Les mémoires écrits en espagnol, et adressés suivant les formes académiques au secrétaire de l'Académie, devront lui être parvenus le 1er septembre 1867.

COLLÉGE ROYAL DES CHIRURGIENS ANGLAIS.

I. L'ovariotomie : pathologie et diagnostic des cas qui en sont justiciables, la meilleure méthode de l'exécuter avec les résultats des cas observés.

II. Des fractures dans les articulations et leur mode d'union avec leur traitement et le résultat à l'appui.

Prix A. Cooper : Le sujet est laissé au choix des compétiteurs. Tous les médecins et chirurgiens nationaux et étrangers sont appelés à concourir à l'exception de ceux des hôpitaux Guy et Saint-Thomas de Londres, chargés d'examiner les mémoires

et d'adjuger les prix avant le 1er janvier 1868. Les mémoires, envoyés avant cette époque doivent être écrits en anglais ou accompagnés d'une traduction. Récompense, 300 *livres sterling*, 7500 francs.

INSTITUT LOMBARD.

Exposer la genèse d'une espèce de ver intestinal appartenant à la famille des ascarides, des oxyures ou des strongles, afin d'en connaître le cycle complet et décider si ces nématoïdes subissent les mêmes métamorphoses que les cestoïdes, avec un état succinct de la science à cet égard : 1200 francs de récompense.

Prix Cagnola : De la nature des miasmes et des virus : 1500 francs de récompense et une médaille d'or de 500 francs.

Les mémoires écrits en français, italien ou latin, et les pièces anatomiques ou les planches à l'appui, devront être parvenus, pour la première question, avant le 1er mars 1867, et pour la seconde avant le 1er mars 1869.

SOCIÉTÉ ITALIENNE DES QUARANTE.

Prix Matteucci : A propos de son élection à la présidence, l'illustre savant a fondé un prix annuel consistant en une médaille d'or de 200 francs, qui sera accordée à l'auteur italien ou étranger qui aura écrit le meilleur mémoire ou fait la plus importante découverte dans les sciences physiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Prix Guislain : Exposer les doctrines médicales dont l'ensemble constitue aujourd'hui la psychiatrie. En discuter la valeur par comparaison, et montrer l'influence des travaux du donateur à ce sujet.

Un prix et une médaille d'or de 500 fr., le titre de correspondant et 50 exemplaires du mémoire couronné.

Adresser au président de la Société jusqu'au 30 septembre 1869.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Prix Aubanel : Des rémissions, intermittences, et des intervalles lucides, dans les diverses formes des maladies men-

tales, étudiées au point de vue médico-légal, 1600 fr. Envoi des mémoires jusqu'au 31 mars 1867.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Question de médecine pratique laissée au choix des concurrents ayant trait à la grossesse ou à l'obstétrique : ictère, vomissements incoercibles, saignée, dystocie, etc., pourvu que le travail soit inédit et appuyé sur de bonnes observations avec un exposé de la science sur le sujet traité. 500 fr. de récompense. Mémoires adressés à M. Martin, à l'Hôtel-de-ville, avant le 31 décembre 1868.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

I. De l'usage de la viande crue en médecine. En déterminer, par des faits rigoureusement observés, l'action physiologique et les applications. 300 fr. de récompense.

II. De l'assistance publique des malades à domicile et dans les hôpitaux. Comparer les avantages et les inconvénients de ces deux systèmes dans les grandes villes, et particulièrement à Lyon. Indiquer les moyens propres à les mettre en rapport avec les besoins de la population lyonnaise, 500 fr. de récompense.

Les mémoires devront être parvenus au secrétaire général avant le 15 août 1867, 5, rue des Célestins, à Lyon.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

Établir, par des expériences, et surtout par des observations cliniques, si la phthisie tuberculeuse est ou non contagieuse. Dans le cas d'affirmative, quelles sont les conséquences pratiques à en déduire? 300 fr. de récompense.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE TOULOUSE.

« Faire connaître, en s'appuyant sur les résultats des études histologiques et des expériences physiologiques récentes, les applications auxquelles ces deux branches de la médecine ont donné ou peuvent donner lieu au point de vue du diagnostic et du traitement des maladies diathésiques en général ou de quelques-unes d'entre elles en particulier. »

Une médaille d'or à décerner en 1869.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Établir par une controverse approfondie des faits et des opinions à ce sujet, et de nouvelles observations expérimentales, l'embolie de l'artère pulmonaire et des vaisseaux à sang rouge; déterminer, s'il y a lieu, la proportion des morts subites qui lui sont dues, surtout dans l'état puerpéral. 500 fr. de récompense. Terme du concours : 31 août 1867.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BESANÇON.

Sur la rage et spécialement sa durée d'incubation et le diagnostic différentiel avec les maladies qui peuvent la simuler. 300 francs.

Les mémoires, écrits en français, devront être adressés *franco* à M. le docteur Tournier fils, secrétaire, rue du Pont-Sainte-Marie, n° 7, à Besançon, avant le 1er avril 1867.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE.

I. Quels sont les devoirs professionnels des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public ? Doivent-ils accéder à toute demande de l'autorité, à celles de leurs confrères, et aux exigences des clients ? Quelle est la limite dans laquelle ils doivent se tenir ?

II. Par quelles réformes dans le service de la police sanitaire peut-on arriver à l'extinction des maladies vénériennes ? Médaille d'or pour chacune de ces questions à décerner en avril 1867.

Les mémoires, écrits en français, devront être parvenus au siége du Comité médical, à Marseille, rue de l'Arbre, 25, avant le 1er mars.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE VERSAILLES.

Du service médical des pauvres, en France, tant à la ville qu'à la campagne, et de la façon dont il devrait être établi pour répondre à la fois aux nécessités des malades indigents et aux exigences légitimes des médecins. 200 fr. de récompense.

Adresser les mémoires écrits en français avant le 1er août 1867, à M. le docteur Le Duc, rue Neuve, n° 11, à Versailles.

PROSTITUTION. Pour prévenir les déplorables malheurs auxquels elle donne lieu dans les petites localités, le docteur Berger (d'Arbois) voudrait qu'elle y fût entourée des mêmes garanties réglementaires que dans les grandes villes. Au contraire, elle y est pratiquée en toute liberté sans application de ces règlements. C'est là surtout qu'il est facile de suivre à la trace les maux qu'elle engendre. En voici un exemple :

Dans un hameau de quatre à cinq maisons, voisin d'Arbois, vivait une femme qui y attirait non-seulement la jeunesse, mais encore les hommes mariés et les pères de famille. Or, M. Bergeret a soigné des mères de famille, infectées par leurs maris d'affections graves, puisées à cette source impure. Un grand nombre d'enfants naissaient morts ou vivaient quelques jours au milieu de souffrances, par suite de la syphilis congénitale. Et pourtant jamais la police n'a cherché à arrêter de semblables maux. (*Ann. d'hygiène publ.*, t. XXV.)

PSEUDARTHROSE. *Extension et immobilisation.* Choisir le moyen le plus sûr d'obtenir la consolidation, c'est toujours fort chanceux ; souvent on est réduit à les essayer tour à tour en les modifiant. Placé dans cette alternative pour un jeune homme de vingt ans admis à la Charité, atteint d'une fracture du fémur avec raccourcissement de 9 centimètres, M. Le Fort se décida pour l'extension combinée à l'immobilisation d'après ce motif péremptoire que, entre tous les autres, il est le moins grave et celui qui donne le plus de guérisons. La statistique de Gurlt, comprenant 110 cas de pseudarthrose de la cuisse, donne, en effet, 11 succès sur 14 cas traités par l'extension permanente, tandis que les scarifications sous-cutanées des fragments n'avaient que 17 guérisons sur 30, la résection 14 sur 28. La détermination était donc des mieux motivées.

A cet effet, une béquille fut munie, à l'extrémité supérieure, d'une plaque de bois formant étrier, et à l'extrémité opposée une large attelle interne, garnie d'ouate, montait jusqu'à l'ischion. Un appareil platré, appliqué sur la jambe, servit à donner un point d'appui aux lacs extenseurs. L'extension était produite par une longue vis jouant dans la plaque-étrier et la contre-extension par la béquille appuyée dans l'aisselle, l'attelle interne appuyant sur l'ischion.

Une traction croissante, progressive, permit de détruire le chevauchement des fragments et de les mettre en contact. Des

frottements l'un contre l'autre furent exercés, puis, après trois semaines, un appareil inamovible appliqué. Après diverses péripéties, une guérison parfaite s'ensuivit, avec raccourcissement de 6 à 7 centimètres seulement. — Voy. Immobilisation.

Perfectionnement de l'immobilisation. Combiner l'immobilité du tissu osseux avec les moyens propres à prévenir l'atrophie, l'engourdissement des parties molles qui en sont si souvent la conséquence, tel est le but qu'un jeune interne des hôpitaux de Lyon, M. Aubert, s'est proposé, en apportant la modification suivante : il applique immédiatement sur la peau un certain nombre de petites bandes métalliques très-minces, isolées les unes des autres, et en fait sortir les extrémités entre les interstices d'un bandage amidonné ou autre construit suivant les règles ordinaires. Il se sert ensuite de ces feuilles métalliques comme conducteurs du fluide électrique qu'il applique pendant l'immobilisation à l'époque que l'on juge convenable, après les quinze à vingt premiers jours, par exemple. (*Soc. des sciences méd.*, janvier.)

Électro-puncture et drainage. C'est inutilement, au contraire, que M. le professeur Azam de Bordeaux employa l'extension contre une pseudarthrose flottante du fémur remontant à deux ans sur un meunier âgé de trente-cinq ans. Elle ne servit qu'à rendre au membre raccourci de 10 centimètres environ, par la tonicité musculaire, sa longueur primitive. L'injection de l'ammoniaque entre les fragments, selon le procédé de M. Bourguet, d'Aix, ne produisit pas de meilleur résultat que l'introduction d'aiguilles à acupuncture. Ce n'est qu'en faisant passer des courants d'induction à l'aide de ces aiguilles que l'inflammation se développa, inflammation même suppurative provoquant de nombreux et vastes abcès à l'extérieur, nécessitant le drainage pour se tarir entièrement. Le membre ayant continué à être soumis à l'extension et à l'immobilité durant cette longue suppuration, un manchon fibreux s'est formé entre les fragments qui a bientôt permis la marche, et qui, en se condensant, se solidifiant davantage par l'exercice, a permis l'usage du membre avec raccourcissement de 4 centimètres seulement. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, mars.)

Le résultat obtenu est surtout remarquable en raison de la date reculée de la pseudarthrose. Il est une preuve en outre que, même dans ces cas, en apparence incurables, la résection,

la rugination, bien autrement dangereuses et graves, ne sont pas indispensables pour amener la guérison.

. C'est la rugination que M. Delore employa dans une pseudarthrose de l'humérus, à 8 centimètres au-dessus du coude. Le *frottement des fragments* n'ayant déterminé aucun travail de consolidation après sept semaines d'immobilisation du membre, il chloroformisa le patient et plongea un ténotome court et fort au niveau de la fracture, au milieu de la face postérieure du bras, pour éviter plus sûrement la lésion des nerfs et des vaisseaux, et rugina ensuite pendant cinq à six minutes les surfaces des fragments. La plaie étant recouverte ensuite de collodion, le bras fut placé dans un appareil amidonné, et, trente-cinq jours après, la consolidation était manifeste.

Plusieurs procédés peuvent donc conduire au succès dans ce cas; l'essentiel est de choisir le plus sûr et le moins dangereux. Évidemment, celui-ci l'est moins que la résection des fragments ; mais n'est-il pas plus susceptible de développer des accidents, le tétanos, par exemple, que l'extension progressive employée dans le cas précédent? Il y a là pour la chirurgie moderne une étude comparative des plus intéressantes à faire de ces divers moyens, autant au point de vue de leur gravité que de leur succès.

PSORIASIS. De ce que dans plusieurs cas, M. Squire en a vu la marche coïncider avec l'état de l'utérus, il en conclut que l'étiologie de cette dermatose est liée à l'état de l'utérus. Ainsi, l'activité fonctionnelle de cet organe, la grossesse, seraient défavorables au développement de cette maladie, tandis que l'allaitement, l'aménorrhée, feraient le contraire. (*Royal med. und surg. Society*, juin.)

N'est-ce pas là une interprétation trop restreinte d'un fait physiologico-pathologique beaucoup plus général. Si beaucoup d'affections cutanées, le psoriasis entre autres, débutent à l'âge critique, n'en est-il pas de même de diverses autres affections?

PULVÉRISATION. Un résumé substantiel des principes généraux de cette méthode thérapeutique par le docteur Fieber, de Vienne (*Inhalation med. Flussigkeiten*, traduit par *Il Morgagni* et la *Presse méd. belge*, n°s 22, 23 et 24), reproduit les préceptes suivants pour son emploi dans les affections des voies respiratoires qui peuvent servir de guide aux praticiens :

Perchlorure de fer cristallisé. Pour 100 gr. d'eau, 10 à 50 centigr., comme astringent; 50 centigr. à 2 gr. comme styptique contre l'hémoptysie. On l'associe à l'eau de goudron comme antiseptique.

Tannin. Exige plus de modération dans le dosage que le perchlorure de fer. Sert à détruire les polypes petits et nombreux de la gorge et qui ne peuvent être opérés. Employé surtout contre le catarrhe, l'inflammation légère, les ulcérations de la muqueuse respiratoire, l'œdème de la glotte, 5 centigr. à 5 gr. pour 100 gr. d'eau, en commençant progressivement. Dans le croup, on l'a administré jusqu'à 10 gr. pour 100 gr. d'eau. La solution doit être renouvelée de temps en temps pour éviter la décomposition en acide gallique.

Alun. Remplit les mêmes indications que l'acide tannique. On peut choisir entre les deux. Contre le catarrhe, il est très-bon de les associer aux narcotiques.

Nitrate d'argent. Un appareil avec récipient de verre est indispensable pour s'en servir ; la figure du malade sera préalablement enduite d'huile ou recouverte d'un masque. L'altération qu'il subit à la lumière en rend l'usage thérapeutique fort difficile. Pour enlever les taches qu'il produit sur la peau, on a recours à une solution d'iodure de potassium.

Employé principalement contre les ulcères du pharynx et du larynx, 50 centigr. à 2 gr. pour 100 gr. d'eau. Dans la diphthérie, 5 centigr. pour 5 gr. d'eau. Dans le catarrhe chronique, 5 à 30 centigr. pour 5 gr. d'eau. Il est très-important dans ce dernier cas d'augmenter graduellement la force de la solution.

Sulfate de zinc. Fréquemment indiqué dans la bronchorrhée due à l'emphysème ; associé à l'opium, il est utile dans l'hémoptysie. (Teinture d'opium simple, 5 gouttes; sulfate de zinc, 20 centigr.; eau distillée, 20 gr.)

Sulfate de cuivre. M. Trousseau en a reconnu l'efficacité à très-petite dose dans la gangrène pulmonaire.

Acétate de plomb. Contre-indiqué chez les individus affaiblis et les affections chroniques.

Opium. Calme la douleur et l'irritation à la doso do 2 à 5 gouttes de la teinture simple (2 parties d'opium pour 13 de véhicule) dans 30 gr. d'eau.

Acétate de morphine. 1/2 à 2 centigr. dans 20 gr. d'eau.

Extrait de jusquiame. Fort avantageux (1 à 2 centigr. pour 20 gr. de mixture oléagineuse) dans la toux convulsive et toutes les formes spasmodiques.

Acide hydrocyanique. Empoisonne très-rapidement. Il est prudent de ne faire usage que de l'eau d'amandes amères et de laurier-cerise (50 à 100 centigr. dans 20 gr. d'eau) pour calmer l'irritation produite par d'autres médicaments, le perchlorure de fer par exemple.

Substances émollientes et dissolvantes. Associées aux narcotiques, elles favorisent l'expectoration en désagrégeant la sécrétion bronchique, modèrent la chaleur, la sécheresse de la gorge et le besoin de tousser.

Glycérine et gomme arabique. Employées le plus souvent à cet effet.

Carbonate de potasse et *potasse caustique.* Préconisés en gargarisme dans la pharyngite folliculaire.

Eau de chaux et *carbonate de lithine.* Contre le croup.

Chlorure de soude. 5 à 50 centigr. pour 20 gr. d'eau facilitent l'expectoration, diminuent la sécrétion bronchique et par conséquent la toux. Regardé comme l'agent principal des eaux minérales et l'air marin, efficaces contre les affections pulmonaires.

Sel ammoniac. Facilite également l'expectoration, soit sous forme gazeuze à l'état naissant, soit sous forme liquide, à la dose de 2 à 5 gr. pour 500 gr. d'eau. Comme antiseptiques, le *chlorate de potasse* (1/2 à 1 gr. pour 20 gr. d'eau) et l'*eau de chaux* méritent la préférence.

Balsamiques et substances empyreumatiques. Contre les ca-

tarrhes chroniques, les bronchectasies et la gangrène pulmonaire ; *huile de térébenthine* (une goutte dans 20 gr. d'eau); *huile de pin et de genévrier*, *huile de cade*, mais surtout *eau de goudron* (100 gr. dans 500 gr. d'eau).

Sublimé corrosif. 25 centigr. dans 500 gr. d'eau (Demarquay), 25 centigr. dans 100 à 500 gr. d'eau (Waldenburg), contre toutes les affections syphilitiques des voies respiratoires et du pharynx.

Arsenic. 10 à 20 gouttes dans 50 gr. d'eau de la solution arsenicale de Fowler a fort bien réussi contre l'asthme nerveux.

Iode et brome. Contre la syphilis, on se sert de la *solution iodurée* (iod. de potassium 2 à 3 gr.; iod. pur, 10 à 15 centigr.; eau dist., un litre) ; de la *teinture d'iode* (5 centigr. à un gr. dans eau distillée 20 gr.), du *bromure de potassium* (20 à 50 centigr. dans 20 gr. d'eau).

Nervins. On emploie l'eau d'asa fœtida, de menthe poivrée, de castoréum et l'huile de pin en solution dans l'alcool, contre l'asthme symptomatique de l'emphysème pulmonaire, et comme excitant dans l'aphonie sans altération de structure.

Sulfate de quinine. Administré avec succès chez une femme tuberculeuse, tourmentée par des accès périodiques de toux (20 centigr. dans 80 gr. d'eau associés à l'opium et à l'alun). — Voy. Thérapeutique respiratoire ; Ophthalmothérapie.

PURPURA. Symptomatologie. Des douleurs des membres inférieurs apparaissent à la fin de la journée chez un jeune ouvrier de dix-neuf ans, dans une fonderie de cuivre, surmené, travaillant au-dessus de ses forces. On le croit atteint de rhumatisme. Mais M. Gignoux ne constate aucun trouble fonctionnel. Il y a seulement des douleurs sans tuméfaction dans les deux genoux et la cheville droite. Elles augmentent par la marche et la station debout, et diminuent, disparaissent par le repos couché. Mais, dès le lendemain apparaît, sur le siége des douleurs, une éruption très-confluente de taches hémorrhagiques dénotant la nature de l'affection.

La douleur articulaire persiste par le mouvement ; une autre apparaît au coude droit conjointement avec une érup-

tion locale identique. Selles diarrhéiques et sanguinolentes; et, comme critérium à posteriori, la solution de perchlorure de fer dissipe rapidement taches et douleurs. Aussi l'auteur n'hésite-t-il pas avec raison à rattacher ces douleurs au purpura, à en faire un symptôme précurseur, contrairement à quelques médecins allemands en faisant une affection essentielle. Il s'agit de vérifier seulement si elles sont dues à l'épanchement du sang dans les gaînes tendineuses, comme le pense Wunderlich, ou à un retentissement sympathique. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, mars.)

Q

QUARANTAINES. Trois navires venant de Saint-Thomas (Antilles), et entrés successivement dans le port de Southampton, au mois de novembre, ont présenté plusieurs cas de fièvre jaune, comme ce fait s'était montré l'année dernière à Swansea de même que dans les ports français de Brest et Saint-Nazaire, il y a quelques années. Le navire *Impératrice-Eugénie*, venant de la *Vera-Cruz*, paraît en avoir été également infecté. Les rapports de plus en plus fréquents des pays à fièvre jaune avec les ports européens tendent à rendre ce fait moins étonnant. Aussi ne s'en est-on guère ému en Angleterre. Ce qui a causé le plus d'impression, de critiques, de colères, sont les mesures prises par le Conseil privé contre ces navires et leurs passagers. Aussitôt arrivé, l'*Atrato* a été isolé, déchargé, purifié, et ses passagers envoyés en quarantaine à *Motherbank*, à l'instar de ce qui a lieu en France, depuis les mesures sanitaires inaugurées par M. Mêlier, de si regrettable mémoire. Ils étaient à peine libres que la *Tyne*, vapeur transatlantique, arrivait avec de nouveaux cas, ainsi que la *Seine*, et la même mesure préventive lui fut appliquée, mais non contre les passagers, tant avaient été vives les récriminations de la presse contre la détention arbitraire de ceux de l'*Atrato*.

« Personne ne pourrait la justifier scientifiquement, dit le *British*, car s'il y a quelque chose de démontré quant à la fièvre jaune, c'est qu'elle ne se communique et ne se propage pas au-dessous d'une température de 50° Farenh. La crainte que des passagers débarquant en Angleterre ne la communiquent est donc chimérique, et la mesure prise est aussi inintelligente

qu'oppressive. La désinfection du navire est seule admissible et nécessaire, car la fièvre jaune se transporte bien plus par les navires que par les individus. »

Des passagers de la *Tyne*, les malades ont donc seuls été mis en quarantaine; l'*Æolus* a reçu les autres et les a transportés à Porstmouth, où ils ont débarqué en liberté. « A la bonne heure, s'écrie la *Lancet*, espérons qu'un autre pas sera fait contre la pratique française. Il n'y a pas d'excuses pour la détention des passagers sains de l'*Atrato*, et la répétition de cette mesure serait un scandale public. »

Il est donc bien entendu que le système sanitaire en vigueur en France n'est ni applicable ni appliqué de l'autre côté du détroit. On pourra juger ainsi du meilleur système par les résultats. — Voy. Choléra.

R

RAGE. *Fève de Calabar.* Expérimentée à l'hôpital de Pavie, par le professeur Sangalli, chez un garçon de neuf ans, à la dose de 5 centigrammes dans 15 décigrammes d'alcool en injections hypodermiques, elle échoua complétement (*Arch. ital.*, juin). — Voy. Prix.

RAMOLLISSEMENT. Séméiologie. Six sujets adonnés aux excès alcooliques ont donné à M. Rasse l'occasion d'observer un nouveau signe du ramollissement cérébral. Quatre fois l'écoulement du sang par le nez fut assez considérable pour nécessiter le double tamponnement. Dans quatre cas, le ramollissement a suivi une marche rapide; trois fois, la mort est survenue quatre mois après le début, et une fois au bout de huit mois. Les deux derniers malades ont vécu deux ans.

Deux des malades qui ont succombé en peu de temps, âgés d'environ quarante ans, avaient joui jusque-là d'une santé excellente et ne subissaient l'influence alcoolique que depuis deux années. Chez deux autres, plusieurs accès violents de *delirium tremens* s'étaient produits antérieurement à la manifestation hémorrhagique de la membrane pituitaire, et avaient été combattus avec succès par le laudanum à haute dose.

Des principaux auteurs qui ont traité du ramollissement,

Rostan, Andral, Rochoux, Lallemand, Abercrombie, Calmeil, Sutton et Durand-Fardel, aucun ne mentionne ce phénomène. Aussi l'auteur a-t-il cru devoir indiquer ce signe pronostique d'un travail, souvent très-prochain, de ramollissement du cerveau chez les personnes faisant abus d'alcooliques. Selon lui, ce flux hémorrhagique accuserait un commencement d'altération du tissu cérébral se traduisant par une congestion considérable, puisque la marche de l'affection a été très-rapidement mortelle. S'il s'était agi d'un raptus sanguin simple, ces épistaxis abondantes eussent été puissamment révulsives et partant salutaires. (*Art médical* de Bruxelles, septembre.)

Études physiologiques et pathologiques du ramollissement cérébral, par MM. Prévost et Cotard, internes des hôpitaux. Un volume in-8°, avec 4 planches chromo-lithographiées.

Perfectionnant les expériences faites en Allemagne pour démontrer que cette altération, au lieu d'être toujours de nature inflammatoire, peut être causée directement par une thrombose ou embolie artérielle, MM. Prévost et Cotard ont déterminé ces embolies sur des chiens, sans entraîner leur mort immédiate. Ils ont produit ainsi des ramollissements identiques avec ceux que l'on observe sur l'homme, en en suivant le développement à ses diverses périodes. L'hypérémie du début, la dégénérescence consécutive, la production du tissu conjonctif, et la formation des plaques jaunes, appartenant à la troisième période, ont pu être ainsi étudiées séparément. Il est donc parfaitement démontré que la congestion manifeste qui s'observe habituellement dans les points où se distribue l'artère oblitérée n'est pas de nature phlegmasique, bien qu'il soit difficile de s'en rendre compte. L'examen de la température rectale, en montrant qu'elle ne s'élève pas comme dans les inflammations, est une autre preuve à l'appui de cette doctrine.

Le développement de corps granuleux et de granulations graisseuses, dès le troisième jour autour des capillaires, et la dégénérescence même de ceux-ci permettent d'y assimiler les infarctus qui se sont produits simultanément dans les viscères à la suite de ces expériences.

L'analyse de nombreuses observations cliniques a montré des ramollissements constitués par un processus morbide très-analogue à celui dont ces expérimentations physiologiques démontrent l'existence.

Des différentes formes de ramollissement du cerveau, par le docteur Proust. In-8.

Du rôle de l'inflammation dans le ramollissement du cerveau, par le docteur Yvan Poumeau. Un vol. gr. in-8°, avec planches coloriées et noires.

RECRUTEMENT. A l'honneur du corps de santé militaire italien, il faut signaler la brillante victoire remportée par l'un de ses chefs les plus distingués, le docteur Cortèse, membre du Conseil supérieur et inspecteur du service sanitaire de l'armée. L'Institut lombard avait mis au concours, pour l'obtention du prix Cagnola, de la valeur de 2000 fr., la question suivante. *Établir les maladies et les infirmités dispensant de la conscription militaire dans les diverses provinces italiennes et les moyens de les prévenir.* Le savant inspecteur n'a pas dédaigné de descendre dans la lice, et il a fourni en réponse un véritable Traité sur ce sujet, ainsi que le constate un rapport élogieux (*Annali univ. di med.*; juin). Cet exemple de zèle persévérant d'un homme arrivé au but, et que le patriotisme a pu seul guider pour l'accomplissement de cette tâche mérite d'être imité.

RÉSECTIONS. La statistique de 130 résections pratiquées dans l'armée confédérée, pendant la dernière guerre des États-Unis, les distribue ainsi :

			Succès.	Insuccès.	Mortalité.
RÉSECTIONS PRIMITIVES.	Épaule...	41	28	13	27 p. 100.
	Coude....	25	22	3	12
	Poignet...	2	2	»	»
	Genou....	2	»	2	100
RÉSECTIONS SECONDAIRES.	Épaule...	26	19	7	21
	Coude....	29	23	6	20
	Poignet...	1	1	»	»
	Hanche...	2	1	1	50

Résections sous-périostées. — Voy. Abcès.

Résections sous-capsulo-périostées. Par de nouvelles expériences sur les animaux, lapins, chiens, chats, M. Ollier, en laissant le périoste se continuer de part et d'autre avec les ligaments et la capsule articulaire, a continué les résultats déjà

annoncés par lui (voy. année 1865). L'articulation persiste et assure l'indépendance et la mobilité des parties osseuses reproduites. — Les exsudations fournies par le périoste s'organisent isolément, bien qu'elles soient formées dans le même conduit fibreux. Il a obtenu ainsi sur dos chiens la reproduction des articulations du coude et de l'épaule avec le même type. L'articulation nouvelle du coude a été un ginglyme parfait. La trochlée, les condyles, l'olécrâne, étaient complets, et la solidité latérale ne laissait rien à désirer.

Six mois après la résection de l'articulation de l'épaule, le chien se servait de son membre comme de celui du côté non opéré.

Un fait curieux, constaté chez les jeunes animaux en expérience, c'est la production d'un cartilage semblable au cartilage normal, dit de conjugaison, entre la diaphyse et l'épiphyse, expliquant l'élongation du membre dans ce cas.

Une série de pièces, présentées à la *Société de chirurgie*, témoigne de la réalité de ces faits.

L'observation clinique a donné des résultats identiques. Ayant enlevé à une jeune fille de quinze ans la moitié supérieure de l'humérus, pour une ostéite ancienne compliquée d'arthrite, d'altération du cartilage, de déformation et d'érosion de la tête humérale, d'ailleurs sans formation de séquestre, en conservant les rapports des ligaments et des muscles avec la gaîne capsulo-périostique entourant l'extrémité osseuse, M. Ollier a vu l'extrémité articulaire enlevée se reproduire; naître et se développer le nouvel os que l'on sent manifestement sous le doigt. Tous les mouvements et toutes les nuances des mouvements de l'articulation se sont rétablis, ainsi que la forme normale des parties. Il en a été de même de l'articulation du coude chez un autre sujet.

Mais ces résultats heureux ne s'obtiennent pas, tant s'en faut, chez tous les sujets. Ce ne sont que les individus jeunes, âgés de moins de trente ans, qui en bénéficient. Jusqu'à cet âge, la résection du coude, par exemple, peut être tentée avec un avantage réel, sinon toujours au point de vue de la reproduction complète des extrémités articulaires, du moins au point de vue du rétablissement des mouvements. Exécutée quatre ou cinq fois par lui, cette opération n'a donné qu'une légère diminution dans la longueur du membre. Après l'opération, les os sont maintenus aussi écartés que possible, comme

le meilleur moyen d'empêcher l'ankylose. Jamais elle n'est survenue, soit chez les animaux, soit chez l'homme, dans ces conditions.

Le temps nécessaire à cette régénération des extrémités articulaires est subordonné à la nature de la lésion, à l'état général du sujet, aux accidents plus ou moins graves qui peuvent compliquer les suites de l'opération, etc.

Quant aux membres inférieurs, le genou se reconstituant chez l'animal comme le coude, M. Ollier croit qu'il en serait de même chez l'homme. Grâce à l'immobilité parfaite que l'on peut obtenir chez lui, il croit même que le résultat serait d'autant plus favorable. Mais il n'a pas eu occasion de constater le fait, d'autant moins qu'il n'est pas partisan de la résection du genou chez les enfants.

La résection de l'articulation tibio-tarsienne est une de celles qui semblent exiger le plus l'ankylose dans l'intérêt du malade. Cependant, M. Ollier a pu, chez un homme de vingt-cinq ans, enlever 7 centimètres de tibia, retrancher une portion de l'astragale, et être témoin d'une reproduction rapide des parties osseuses enlevées. Le malade était si bien et si solidement guéri, qu'il pouvait marcher et même se livrer à la danse pendant plusieurs heures.

La résection du calcanéum est fort peu pratiquée en France. M. Ollier a eu l'occasion d'enlever les deux tiers postérieurs de cet os et de voir le talon se reproduire, sinon dans son entier, du moins assez pour que le pied appuyât complétement et solidement sur le sol par sa face plantaire. Grâce à la conservation des rapports du tendon d'Achille avec le périoste calcanéen, ce talon était soulevé par ce tendon.

La condition essentielle du succès de la régénération osseuse, selon le chirurgien lyonnais, à la suite des résections articulaires, est le séjour à la campagne. C'est ainsi que chez le dernier opéré cité, ce séjour a amené les plus heureux résultats, ainsi que l'on en trouve les détails dans la thèse inaugurale de M. le docteur Bonnesœur (*Quelques mots sur le périoste et les résections sous-périostées*. Paris, 27 janvier 1866).

Mais M. le professeur Sédillot fait, selon son habitude, de sérieuses objections à ces brillants exploits qu'il considère presque comme merveilleux. Et d'abord, il attribue un certain rôle à la membrane pyogénique qui se forme par suite de la suppuration dans la régénération osseuse dans tous ces cas.

« L'obscurité de ces deux modes d'ostéogénie, l'un par la suppuration, l'autre par l'hyperplasie ou l'irritation simple du périoste, entraîne encore chaque jour, dit-il, les plus faux jugements. » La conservation des gaînes périostées n'a l'avantage que de fournir un moule régulier aux cellules osseuses, et de donner de la régularité à l'os reproduit. L'immobilité, favorable contre la douleur de l'inflammation, paraît plutôt nuisible aux mouvements ultérieurs des articulations, en modifiant la disposition anatomique des os, en en altérant la mobilité. Quant à la production du cartilage de conjugaison, il voudrait des preuves plus décisives de sa réalité, car une production purement fibreuse a été constatée à la place de ces cartilages interarticulaires. Ceux de M. Ollier pourraient donc bien être de même nature. Un examen critique et détaillé des deux faits invoqués permet ainsi de mettre l'élongation réelle de l'os en doute. Ce sont donc là des points à élucider. (*Gaz. méd. de Strasb.* juin). — Voy. Ostéogénie.

Sur quatre cas d'ablation totale ou partielle du calcanéum, M. Ollier a fait cette opération avec une innocuité parfaite, et en conservant la gaîne périostique du calcanéum et les attaches du tendon d'Achille à cette gaîne. Grâce à ce procédé, que le calcanéum se reproduise ou qu'il ne se reproduise pas, les fonctions du tendon d'Achille ont été conservées.

Chez une jeune fille de quinze ans, dont tous les os du tarse étaient cariés, à laquelle M. Ollier avait dû enlever déjà les deux cunéiformes, creuser dans le pied une espèce de *tunnel*, évider la partie postérieure du calcanéum, il a fallu plus tard enlever les 7/8es de cet os. Eh bien, malgré une telle perte de substance, au bout de six mois, cette jeune fille pouvait marcher, courir, sauter sur son pied et faire, sans fatigue, des courses de 7 à 8 kilomètres.

Le rétablissement physiologique était parfait. Quant à la reproduction osseuse, elle n'a pas eu lieu complétement, mais il s'est formé une masse ostéo-fibreuse saillante et solide, pouvant faire fonction de talon, de manière que la plante du pied ne repose pas complétement sur le sol, mais en est éloignée par une distance de 7 à 8 millimètres. — Le même résultat a été obtenu dans d'autres circonstances, et la masse ostéo-fibreuse, remplaçant le talon, avait une solidité telle, que l'on ne pouvait la faire fléchir en y exerçant la plus forte pression possible.

Au double point de vue du rétablissement de la forme et des fonctions du talon, M. Ollier obtient donc, par son procédé, des résultats qui manquent complétement par le procédé ordinaire.

Des résultats analogues ont été obtenus par le même chirurgien dans six cas d'ablation complète du premier métatarsien. Bien qu'il n'y ait pas eu de reproduction osseuse proprement dite, toujours il s'est formé une masse ostéo-fibreuse saillante et solide qui a permis de conserver la forme et les fonctions de cette partie du pied.

A la suite de la résection de la tête humérale, M. Ollier a pu également, en conservant la gaîne périostique et les attaches des tendons des muscles qui s'y insèrent, reconstituer, pour ainsi dire, la forme et les fonctions de l'articulation scapulo-humérale. Il possède deux faits qui montrent que la résection pratiquée d'une certaine manière permet la conservation des mouvements de l'articulation.

Enfin, des résultats non moins satisfaisants ont été obtenus par M. Ollier dans la résection sous-périostée du coude. Cette résection a, en outre, l'avantage de se faire avec une rapidité et une innocuité qui lui donnent une grande supériorité sur le procédé ordinaire de résection.

MM. Broca et Trélat confirment, sur ce dernier point, par leur expérience personnelle, les assertions de M. Ollier. (*Soc. de chir.*)

Résection du genou. Considérée comme moins grave que l'amputation de la cuisse par M. Nélaton, d'après la statistique de M. Le Fort, qui, sur 217 cas recueillis en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, donne une mortalité de 29 pour 100 environ, tandis que celle de l'amputation de 45 pour 100 en Angleterre, s'élève jusqu'à 50 pour 100 en Allemagne et en France. Mais les accidents consécutifs atténuent beaucoup cette supériorité. Les fistules, les suppurations, le défaut de soudure, se manifestent au moins six fois pour 100, ce qui élève les insuccès de 35 à 36 pour 100. En France, sur 8 résections, 5 ont été suivies de mort et les trois succès ne sont pas complets, il y a subluxation du tibia en arrière, et les malades ne marchent pas très-bien (*Mouv. méd.*). Cette différence tient sans doute à ce qu'on ne la pratique en France que dans des cas graves, tandis que l'on n'y regarde pas de si près en

Angleterre. Cette différence de pratique explique seule la différence des résultats.

RESPIRATION. Physiologie. Résumant toute la série de ses intéressantes recherches sur le rôle des muscles qui concourent à cet acte important de la vie, M. Duchenne (de Boulogne) en a indiqué les résultats dans les conclusions suivantes :

Diaphragme. — I. Il ressort de toutes ses expériences faites sur l'homme et les animaux vivants ou morts, que, sous l'influence de l'électrisation du nerf phrénique, la contraction du diaphragme, communiquant ou non avec l'arbre nerveux, produit l'élévation des côtes diaphragmatiques et leur mouvement en dehors, lorsque les parois abdominales sont intactes. On voit aussi, dans ces expériences, le diamètre antéro-postérieur de la base du thorax s'agrandir, mais d'une manière à peine sensible. Dans certains cas, le mouvement excentrique des côtes inférieures est communiqué aux côtes supérieures.

L'observation clinique a confirmé les faits démontrés par ces expériences électro-physiologiques sur l'action propre du diaphragme.

II. Si l'animal a été éventré et que ses viscères abdominaux aient été abaissés, la contraction isolée du diaphragme attire les côtes diaphragmatiques dans une direction opposée, c'est-à-dire en dedans.

III. Bien que le diaphragme, dès qu'il a perdu ses rapports de contiguïté avec les viscères abdominaux, devienne expirateur, quant aux mouvements qu'il imprime aux côtes inférieures, il n'en agrandit pas moins encore, en s'abaissant, le diamètre vertical de la poitrine.

L'abaissement du centre phrénique est alors assez limité, et, au maximum de contraction, le diaphragme prend la forme d'un cône tronqué, sans devenir convexe en bas, comme le croyait Haller.

IV. Le mouvement concentrique de la partie inférieure de la poitrine, observé pendant la contraction du diaphragme, après l'ouverture de l'abdomen et l'abaissement des viscères, prouve, contrairement à l'opinion de MM. Beau et Maissiat, que le péricarde n'offre pas au diaphragme un point d'appui qui lui permette de produire l'expansion des côtes auxquelles il s'insère.

Les mouvements en sens contraire de la base de la poitrine, suivant que les viscères abdominaux sont ou non abaissés, au moment de la contraction du diaphragme, démontrent, ainsi que l'avait pressenti Magendie, que l'expansion des côtes inférieures par la contraction physiologique du diaphragme est due au point d'appui que ce muscle prend alors sur les viscères abdominaux.

V. Ce point d'appui ne pourrait favoriser le mouvement d'expansion des côtes diaphragmatiques, observé pendant sa contraction, s'il ne reposait pas sur la surface large et convexe de ces viscères. Cette proposition ressort d'une expérience dans laquelle on ne parvient pas à provoquer le mouvement excentrique des côtes inférieures, lorsque, la main étant appliquée sur le centre phrénique d'un cheval mort, on s'oppose à l'abaissement de ce muscle, pendant qu'on le fait contracter par la faradisation des nerfs phréniques.

VI. La connaissance de la paralysie et de la contracture du diaphragme est ressortie de ces expériences électro-physiologiques.

Intercostaux. — VII. Les expériences électro-physiologiques faites chez l'homme, soit en faradisant les intercostaux externes sur tous les points de leur surface et les intercostaux internes dans l'espace intercartilagineux, soit en localisant l'excitation électrique dans un nerf intercostal, démontrent que tous ces muscles sont inspirateurs : 1° en élevant individuellement chaque côte inférieure qui reste fixe ; 2° en imprimant un mouvement excentrique à cette côte inférieure, à l'aide de la rotation qu'ils lui font exécuter sur ses extrémités.

VIII. L'action inspiratrice des intercostaux, mise en lumière chez l'homme vivant au moyen de l'expérimentation électro-physiologique, a été confirmée : 1° par des faits cliniques dans lesquels les muscles inspirateurs auxiliaires étant atrophiés, ainsi que le diaphragme, la respiration costale avait lieu cependant largement, et dans lesquels, avec les doigts appliqués dans les espaces intercostaux, on sentait les muscles intercostaux se gonfler, se durcir, pendant chaque inspiration ; 2° par des faits cliniques dans lesquels, consécutivement à l'atrophie des intercostaux, la respiration costo-supérieure est abolie, et la capacité thoracique diminue, ce qui est la contre-épreuve des faits précédents.

IX. L'expérimentation électro-physiologique, confirmant l'opinion de Winslow et, après lui, de Haller et d'autres physiologistes, démontrent que les intercostaux élèvent la côte inférieure, parce que le point fixe est à la côte supérieure ; d'autre part, l'observation clinique prouve que ces muscles ne peuvent pas abaisser les côtes supérieures, pendant la respiration costo-supérieure naturelle, parce qu'alors elles sont fortement élevées par le sterno-cléido mastoïdien et les scalènes.

X. De ce que les intercostaux se trouvent dans un état d'élongation, pendant l'inspiration, ce n'est pas une raison pour qu'ils ne puissent concourir aux mouvements inspiratoires, comme l'a prétendu Hamberger ; car j'ai démontré que certains muscles, lorsqu'ils sont appelés à fonctionner volontairement, sont placés dans un état d'élongation par la contraction synergique d'autres muscles, afin que leur force soit augmentée. C'est ce que l'observation clinique a démontré pour les fléchisseurs des doigts qui perdent leur puissance, dès que les radiaux et le cubital postérieur paralysés ne peuvent plus maintenir la main étendue, au moment où ils se contractent ; de même l'élongation des intercostaux internes, pendant l'inspiration, peut augmenter la puissance de ces muscles qui concourent à la produire.

XI. La direction oblique des intercostaux indique qu'ils sont destinés à l'inspiration, car c'est seulement pendant ce temps de la respiration qu'ils deviennent perpendiculaires aux leviers (les côtes) qu'ils mettent en mouvement. S'ils se contractaient pendant l'expiration, ils deviendraient encore plus obliques à ces leviers ; ce qui serait contraire à la règle générale, à savoir : que les muscles deviennent ou tendent à devenir, en se contractant, perpendiculaires aux leviers qu'ils meuvent, de telle sorte que leur puissance augmente en raison de leur degré de contraction.

XII. La direction oblique, en sens inverse des intercostaux internes et externes, indique que ces muscles sont destinés à se contracter synergiquement, car s'ils agissaient isolément pour produire, les premiers, l'expiration, les seconds, l'inspiration, il en résulterait nécessairement, pendant chacun de ces mouvements, un mouvement oblique des côtes les unes sur les autres ; ce qui paraît, du reste, ressortir de l'observation clinique.

La contraction simultanée de tous ces muscles neutralise

cette action oblique qui, en raison de cette combinaison, est convertie en une action perpendiculaire aux côtes à mettre en mouvement.

XIII. Contrairement aux déductions tirées des vivisections de Galien, qui rendait le porc aphone en pratiquant la ligature de tous les intercostaux, l'observation clinique démontre que ces muscles n'exercent pas une grande influence sur la phonation sans effort.

XIV. L'utilité des intercostaux n'est pas comparable à celle du diaphragme, car leur paralysie ne compromet pas la vie comme celle de ce muscle. Cependant, lorsque celui-ci vient à faire défaut, les intercostaux sont les seuls qui puissent le suppléer provisoirement, de manière que l'hématose continue à se faire et que le sujet puisse vivre, s'il ne survient pas d'affection bronchique ou thoracique.

C'est pour cette raison que les intercostaux doivent être aussi considérés comme des muscles inspirateurs essentiels venant, toutefois, après le diaphragme.

Muscles inspirateurs auxiliaires. — XV. Les scalènes, les sterno-cléido-mastoïdiens, les portions claviculaires des trapèzes, les petits pectoraux, les sous-claviers, concourent à l'inspiration costo-supérieure ; on peut le constater par la vue et par le toucher.

XVI. Suivant leur importance physiologique, ces muscles sont subordonnés aux intercostaux dont ils sont seulement les auxiliaires; car l'observation clinique démontre que, malgré leur absence, l'inspiration costo-supérieure peut être exécutée par les intercostaux, sans trouble appréciable.

XVII. On ne saurait contester toutefois leur utilité et leur puissance dans l'inspiration costale, lorsqu'on voit, par exemple, le sterno-cléido-mastoïdien capable d'entretenir, par son action isolée, l'inspiration costo-supérieure avec assez de force pour que l'hématose ait lieu, bien que d'une manière incomplète.

Ces muscles sont surtout utiles, dans la respiration costo-supérieure, en rendant plus fixes et même en élevant les attaches supérieures des muscles intercostaux ; mais le sterno-cléido-mastoïdien n'intervient que dans les besoins de respirer.

XVIII. Le sterno-cléido-mastoïdien ne peut agir comme auxiliaire de l'inspiration costo-supérieure, que si la tête est maintenue solidement dans l'extension. Les muscles qui pro-

duisent cette extension de la tête, et surtout le splénius, pendant l'inspiration costo-supérieure, doivent donc être rangés parmi les auxiliaires de l'inspiration.

XIX. D'autres muscles concourent aussi, mais d'un manière tout à fait secondaire, à l'inspiration costo-supérieure, lorsqu'elle se fait avec effort : ce sont les grands dentelés, les rhomboïdes, etc.

Muscles expirateurs. — XX. Les muscles expirateurs sont extrinsèques ou intrinsèques ; les premiers agissent sur les parois thoracique et diaphragmatique : ce sont les muscles de l'abdomen, le petit dentelé postérieur et inférieur et le triangulaire du sternum ; les seconds, principalement sur les bronches : ce sont les muscles bronchiques de Reissessen.

XXI. Les muscles de l'abdomen dépriment, par leur contraction simultanée et tendent en tous sens, à la manière d'une peau de tambour, la paroi abdominale, qui refoule de bas en haut les viscères abdominaux et conséquemment le diaphragme.

XXII. Le concours des expirateurs extrinsèques n'est pas nécessaire à la respiration ordinaire, car les muscles de l'abdomen, les plus puissants de ces muscles expirateurs, peuvent être atrophiés, sans qu'il en résulte le moindre trouble appréciable dans l'expiration.

Les muscles expirateurs extrinsèques se contractent seulement pendant l'expiration avec effort, pendant le chant, le cri et la toux, etc.

XXIII. Les observations cliniques établissent, au contraire, que les muscles bronchiques (expirateurs intrinsèques) sont des expirateurs actifs essentiels, en montrant que la colonne d'air qui arrive librement dans les poumons, pendant l'inspiration normale, en est expulsée en petite quantité, et avec peu de force, malgré la contraction énergique des expirateurs extrinsèques ; qu'il en résulte une anxiété, un besoin incessant d'expirer, occasionné par le séjour trop prolongé dans les petites bronches d'un air qui n'est plus respirable ; enfin que la faiblesse de l'expiration rendant l'expectoration difficile, sinon impossible, la vie du malade peut être mise en danger par une simple bronchite.

XXIV. La physiologie expérimentale avait parfaitement établi que, sous l'influence d'un courant électrique, les muscles bronchiques resserrent les bronches membraneuses au point

d'effacer entièrement leur diamètre. Mais le peu de force qu'elle accorde à ces muscles (un cinquième de la force élastique du poumon) ne me paraît pas en rapport avec le rôle important qu'ils jouent dans l'acte de l'expiration et qui a été mis en évidence par l'observation clinique. (*Acad. des sc.;* septembre.)

Respiration artificielle. Après l'expérimentation du mode opératoire de M. le docteur Vastel (de Caen), pour la produire, M. Liézard s'est convaincu de son efficacité et a cherché à déterminer ainsi sur le cadavre, en disséquant successivement les muscles pouvant entrer en action, quels en étaient les agents actifs ? Il a trouvé que, dans l'inspiration, le ligament costo-claviculaire, le petit pectoral et le grand dentelé, par ses digitations costales inférieures, s'insérant, d'autre part, à l'angle inférieur de l'omoplate; le grand dorsal, par ses insertions aux fausses côtes, contribue aussi au mouvement dans une faible proportion; enfin, les intercostaux transmettent, d'une côte à l'autre, le mouvement imprimé au premier de ces os, par la traction du ligament costo-claviculaire.

Dans l'expiration, le grand pectoral et le grand dentelé, ce dernier par ses digitations costales supérieures insérées, d'autre part, au bord postérieur de l'omoplate, sont les deux seules puissances actives, le phénomène se produisant en grande partie, comme dans l'expiration normale, par restitution de la cage à son état de repos, sous l'influence des puissances élastiques que tout le monde connaît. (*Journ. de l'anat.*, n° 2.)

RÉTRÉCISSEMENT. Rétrécissement de l'urèthre. *Bromure de potassium.* A l'exemple de Debout (voy. année 1864), le docteur Griffith (de Dublin) l'a employé contre un rétrécissement ancien, suite de blennorrhagie. La rétention étant complète depuis plusieurs heures et le cathétérisme impossible, il proscrivit un bain tiède et 50 centigrammes de bromure en injections. Après quelques-unes, le malade urina spontanément. (*Med. Press.*)

La nature du rétrécissement n'étant pas indiquée, comment affirmer l'efficacité du bromure quand, dans beaucoup de rétrécissements spasmodiques, le bain suffit pour faire cesser immédiatement la rétention.

Rétrécissement de l'œsophage. — Voy. Œsophage.

Rétrécissement lacrymal. — Voy. Lacrymotome.

RÉVULSION. Un nouveau révulseur, modifié et perfectionné par M. le docteur Morpain, présente l'avantage, sur celui du docteur Dreyfus, de pouvoir graduer à volonté la puissance en poids du choc des aiguilles. De 2 kilogrammes, on arrive graduellement jusqu'à la force de 7 kilogrammes avec cet instrument, et la pénétration des aiguilles peut ainsi être réglée dans les différentes régions. Il consiste en un cylindre métallique dans lequel se meut, par un ressort à boudin, une rondelle garnie de trente-sept aiguilles, rondelle jouant librement sur la tige, ce qui lui permet un mouvement de recul qui prévient la fracture des aiguilles. Il suffit pour la manœuvre de tirer sur la bavette jusqu'à ce que la tige vienne accrocher un ressort, et de presser ensuite sur un bouton, comme dans le ventouseur, pour faire partir les aiguilles. Un petit modèle de dix-sept aiguilles s'adapte à la trousse ordinaire. (*Acad. de méd.*, octobre.)

RHIGOLÈNE. — Voy. Anesthésie.

RHUMATISME. *Acétate de plomb.* Ayant essayé sans succès toutes les médications spécifiques contre le rhumatisme articulaire, M. le professeur Munk déclare revenir à la méthode rationnelle de diriger le traitement suivant les principales indications, qui sont : 1° abaisser la température et par suite faire tomber la fièvre ; 2° apaiser la douleur ; 3° diminuer la transpiration. Il a employé à cet effet l'acétate de plomb, qui, propre à diminuer à la fois la chaleur et les sueurs, devait en même temps, par son action sur les capillaires, modérer la douleur en restreignant l'afflux du sang à l'articulation. Il a constaté qu'aucun autre médicament n'agissait plus rapidement sur la marche du rhumatisme aigu, compliqué ou non de péricardite ou d'endocardite ; la plupart des malades étaient frappés de la diminution de la fièvre, de la sueur et surtout de la douleur. Les doses varient de 1/2 grain à 1 grain, d'heure en heure ou de deux heures en deux heures ; l'effet en était très-marqué au bout de peu de jours, sans aucune action défavorable, pas même sur l'appareil digestif, quoiqu'il en ait été absorbé, dans quelques cas, jusqu'à 100 grains. Il faut avoir soin de prévenir ou combattre la constipation par des lavements, des infusions de séné,

l'huile de ricin, etc., et défendre toute boisson acide. La diète est naturellement rafraîchissante.

Quand la température est abaissée de façon qu'il n'y ait plus de fièvre ou que, s'il y a péricardite ou endocardite, la température du soir soit considérablement moins élevée, l'acétate de plomb est suspendu et l'on a recours, suivant les indications, au bicarbonate de soude, au quinquina, etc. (*Centr. Blatt.*, n° 35.)

Si ces assertions suffisent pour faire expérimenter ce remède, elles sont loin d'être assez précises pour lui accorder la préférence sur les autres. Rien n'en montre l'action ni les avantages.

Rhumatisme noueux. Sa prédominance presque exclusive chez la femme déjà signalée par MM. Charcot et Vulpian, à la Salpêtrière, où le quinzième ou le vingtième des femmes en seraient atteintes, est confirmée de nouveau par le docteur Privat. Sur 205 malades observés aux eaux alcalino-ferrugineuses et arsenicales de Lamalou-l'Ancien, il y avait 201 femmes et seulement 4 hommes.

Malgré la nature rebelle de cette affection, l'usage de ces eaux a amené 9 guérisons, et 130 améliorations, qui se soutiennent à la condition d'en continuer l'usage. On comprend en effet que chez des femmes le plus souvent faibles, lymphatiques, irritables et souvent anémiques, les eaux de Lamalou-l'Ancien, bicarbonatées sodiques et ferrugineuses, contenant 2 grammes avec 4 milligrammes d'arséniate de soude par litre, prises en bains de piscine de 34 à 35 degrés et des étuves sèches à 35 à 40 degrés, aient pour effet de calmer la douleur et de tonifier la constitution. (*Bull. de thérap.*, avril.)

Rhumatisme uréthral. Un fait de névralgie sciatique, bilatérale, coïncidant avec une blennorrhagie, s'étant présenté à M. le docteur Peter, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, — fait extrêmement rare, puisque selon M. Alf. Fournier, qui a appelé l'attention à ce sujet, ce serait seulement le huitième cas enregistré dans la science, — M. Peter en a pris occasion pour nier, à l'exemple de quelques novateurs, la spécificité du rhumatisme blennorrhagique et sa dépendance étiologique, pathogénique de l'écoulement uréthral. Mais il a suffi que M. Fournier présentât de nouveau le tableau exact, précis des traits caractéristiques du rhumatisme simple et du rhumatisme blennor-

rhagique pour en démontrer les différences symptomatologiques et la nature distincte. Si quelques cas de rhumatisme blennorrhagique ont suivi la loi du rhumatisme simple en retentissant vers le cœur ou en se montrant chez des rhumatisants, ce sont là des exceptions infiniment rares, de l'aveu même de ceux qui voudraient les assimiler l'un à l'autre. En général, c'est surtout par ces deux traits caractéristiques qu'ils se distinguent

Mais en présence des nombreuses espèces de blennorrhagies du gland, du prépuce, de l'urèthre, de la vulve ou du col utérin, ce titre de rhumatisme blennorrhagique ne paraît pas rigoureux à M. Fournier. Outre que ces différentes espèces n'ont pas la même cause, la vérité est qu'elles ne produisent pas toutes également la métastase arthritique. Vérification faite, il n'en est qu'une seule qui y donne lieu selon lui : c'est l'uréthrite, la blennorrhagie uréthrale seule qui se complique d'accidents rhumatismaux. Jamais on ne les a rencontrés comme complication de la blennorrhagie balano-préputiale, vaginite, vulvite ou des écoulements du col. Il semble nécessaire que l'urèthre soit intéressé pour qu'ils se produisent.

De là une étiologie et une dénomination nouvelle de cette maladie.

L'observation clinique apprend, en effet, que les excitations de l'urèthre sont susceptibles d'éveiller dans l'organisme quelques-uns de ces phénomènes singuliers que l'on appelait sympathiques autrefois, et auxquels on donne aujourd'hui le nom de *réflexes*. Tels sont les accès intermittents et parfois pernicieux qui se développent à l'occasion d'un simple cathétérisme. accidents qu'un jeune interne distingué, M. Dieulafoy, a réunis sous le titre nouveau de *fièvre uréthrale*. Des phlegmons, des suppurations s'observent même par suite de l'introduction de sondes, de bougies ou d'instruments lithotriteurs, et l'on a vu jusqu'à de véritables *arthrites* s'ensuivre.

Dès lors, n'y a-t-il pas lieu de se demander si le rhumatisme blennorrhagique n'est pas une manifestation du même ordre, s'il n'est pas aussi un phénomène réflexe d'irritation uréthrale?

Ce n'est là sans doute qu'une hypothèse, mais qui ne semble pas dépourvue de fondement. Si les irritations de l'urèthre peuvent éveiller des troubles généraux dans l'organisme et provoquer des déterminations morbides vers certains systèmes, les séreuses ou le tissu cellulaire, est-il donc difficile d'admettre que la blennorrhagie, violente et spéciale irritation de l'urèthre

puisse, au même titre, développer des accidents de même ordre comme aussi en modifier l'expression suivant sa modalité propre? Un tel rapprochement n'a rien de vraisemblable.

De plus, si de toutes les affections dites blennorrhagiques, l'uréthrite seule s'accompagne d'accidents rhumatismaux, c'est qu'évidemment l'état de l'uréthrite dans cette maladie n'est pas étranger à cette détermination morbide. Si donc l'affection dite blennorrhagie uréthrale se complique de manifestations rhumatismales, ce n'est pas en tant que blennorrhagie qu'elle les produit, mais au titre d'état pathologique de l'urèthre. Ce rhumatisme serait donc en résumé une simple variété de ces phénomènes réflexes qui se développent à propos des excitations pathologiques de l'urèthre, et par conséquent la dénomination de rhumatisme uréthral devrait remplacer celle de rhumatisme blennorrhagique.

C'est le nom d'*état génital*, de *rhumatisme génital* que M. Lorain lui impose en raison des accidents arthritiques qui se manifestent chez les femmes enceintes, les nouvelles accouchées et les nourrices, comme il en cite plusieurs exemples. Plusieurs états morbides très-différents engendrent, en effet, ce rhumatisme secondaire, qui n'a pas plus de raison d'être appelé blennorrhagique que génital, puerpéral, des nourrices, traumatique ou scarlatineux. (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, novembre.)

Du rhumatisme viscéral, par M. le docteur Ball. In-8° de 167 pages, avec planches et tableaux. Dans cette thèse pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, et couronnée par la nomination de l'auteur, ne se trouve pas la réponse catégorique à la question qu'elle traite. C'est un grave problème, il est vrai, de savoir si l'on doit admettre un rhumatisme de tous les viscères et même de tous les organes, comme tend à le faire l'école actuelle. En prudent candidat, l'auteur n'a pas cherché à la résoudre, et s'est borné à collectionner des faits de part et d'autre, sans autre choix qu'une bonne description suivant les traditions de l'Ecole de Paris. Au lieu de traiter magistralement la question qui lui était posée, c'est-à-dire de discuter l'existence, les caractères idiopathiques et symptomatiques du rhumatisme viscéral, ses signes différentiels, etc., il s'est borné à le constater dans les divers appareils, réussissant par là à faire une grosse monographie sans répondre directement

à la question. Ce n'est qu'implicitement qu'il admet la généralisation du rhumatisme. « Si le tissu fibreux, dit-il, est le siége spécial des manifestations rhumatismales, on ne saurait s'étonner de rencontrer partout des lésions de ce genre, car le tissu fibreux, appelé *tissu conjonctif* aujourd'hui, est une partie essentielle de presque tous les organes ; à ce titre, aucun point de l'économie ne pourrait réclamer une exemption absolue du rhumatisme et de ses effets. Nous le voyons frapper tour à tour les membranes séreuses, le tissu musculaire, le système osseux, les vaisseaux, les nerfs et tous les grands parenchymes sécréteurs. » On voit dès lors avec quelle réserve l'auteur se prononce à ce sujet.

C'est beaucoup plus explicitement qu'un médecin américain, le docteur Buckler (de Baltimore), a traité une des parties les plus importantes de ce sujet, le rhumatisme pulmonaire. Dans une monographie qui mériterait d'être plus connue en France, il traite spécialement de l'étiologie, de la pathologie et du traitement de la *fibro-bronchite et de la pneumonie rhumatismales*, Philadelphie, 1853. Le siége, les signes, le diagnostic différentiel, les lésions, le traitement, en sont fixés d'après les faits cliniques. M. Ball eût ainsi pu y faire de précieux emprunts si elle était entrée dans notre littérature, mais trop souvent ces travaux y restent étrangers.

ROUGEOLE. *Quelques documents pouvant servir à l'étude de la pathologie de la rougeole*, par M. Monti, médecin de l'hôpital Sainte-Anne de Vienne. 14 pages in-4° avec des tableaux statistiques (Vienne).

Résolue statistiquement, la question de l'âge auquel les enfants sont le plus exposés à cette éruption est en contradiction avec l'opinion de Rilliet et Barthez, qui pensent qu'elle ne frappe qu'exceptionnellement au-dessous d'un an. Sur 52 enfants traités au dispensaire Sainte-Anne, 12 n'avaient pas encore un an, et, sur 91 admis à l'hôpital, 4 étaient au-dessous de cet âge. Enfin, sur un total de 364 enfants, 43 étaient au-dessous d'un an, 181 au-dessous de 5 et 140 au-dessus. La réponse à plus d'une question douteuse ou controversée se trouve ainsi résolue dans ce travail intéressant, sur la prédisposition du sexe, la durée des périodes et la fréquence des complications.

S

SALIVE. En étudiant chimiquement la salive parotidienne dans diverses maladies, M. Mosler fait dépendre de son action directe les maladies de la bouche ou des gencives qui viennent compliquer celles-ci; ainsi, dans le diabète, la stomatite mercurielle, la fièvre typhoïde, etc. (*Berl. klin. Wochenschr.*, n° 16 et suiv.)

Son influence chimique sur la carie dentaire, étudiée expérimentalement par M. Magitot, en a été reconnue comme l'unique cause. — Voy. Carie.

SCARLATINE. Scarlatine puerpérale. Cette complication de l'état puerpéral, suivant le docteur Mac Clintock, a une gravité bien plus grande, comme une marche et un caractère différents, que dans d'autres circonstances, en raison sans doute des conditions morbides dans lesquelles elle se développe et qui lui donnent naissance. Il en évalue ainsi la mortalité à 48 pour 100 et même aux 2/3, ce qui la rendrait aussi dangereuse presque que la fièvre puerpérale elle-même; mais cette gravité tout approximative est atténuée par la réalité. Sur 34 cas survenus chez les accouchées de la maternité de Dublin, de novembre 1854 à novembre 1861, 10 seulement ont été mortels, soit 30 pour 100, c'est-à-dire la moitié de l'évaluation précédente. A quoi donc bon l'avoir émise? d'autant plus qu'elle doit encore être moins funeste dans la pratique particulière que dans les hôpitaux.

L'époque de son apparition rend compte de ces différences. Plus l'invasion est rapprochée de l'accouchement et plus elle est dangereuse. Des 10 cas mortels, 8 se rapportent à des femmes atteintes trente-six heures après la délivrance, sur 18 prises ainsi du premier au second jour, soit environ 45 pour 100; tandis que sur les 16 autres où elle se manifesta plus tard, 2 seulement furent mortels où elle était apparue le troisième jour. Cette remarque, faite par d'autres observateurs, comme pour la fièvre puerpérale elle-même, explique donc les différences de mortalité qui peuvent être signalées à cet égard.

Est-ce à dire que la scarlatine elle-même soit aussi souvent mortelle dans l'état puerpéral? Non, car des 10 décès signalés,

6 seulement eurent lieu sous son influence directe ; une métro-phlébite et une péritonite déterminèrent les 4 autres.

La fréquence du pouls après l'accouchement doit en faire redouter l'apparition. La primiparité semble aussi y prédisposer. Sur les 34 cas énoncés, 21 se rapportent à des primipares. La légèreté relative de l'angine en est un caractère distinctif. — Comme à la Maternité de Paris (voy. *Thèse du docteur Senn*, Paris, 1825), elle coïncida ordinairement avec la fièvre puerpérale à l'état épidémique. Dans aucun cas, l'anasarque ne s'ensuivit : trait particulier de la scarlatine puerpé pérale.

Deux préceptes sont à observer dans le traitement : extrême réserve dans l'emploi des purgatifs, surtout au début de l'éruption, et emploi libéral au contraire des stimulants, dès que celle-ci paraît, à moins de contre-indication spéciale. Ils ont produit les meilleurs effets dans l'épidémie de scarlatine puerpérale qui eut lieu à la Maternité de Vienne en 1799, et relatée par Malfatti dans le journal d'Hufeland (*Dubl. quaterl. Journ. of med. science*, février).

Quoique l'auteur regarde comme une faute de qualifier cette forme de scarlatine de puerpérale, en raison de ce qu'elle n'est pas une maladie particulière, il est évident que les traits distinctifs qu'il a lui-même reconnus et signalés autorisent, justifient cette dénomination, et c'est pourquoi nous l'avons conservée. — Voy. Température.

SOMMEIL. *On wakefulness* (De l'insomnie, précédée d'une Introduction sur la théorie du sommeil), par le docteur W. Hammond, 93 pages in-8° ; Philadelphie. — Contrairement à beaucoup de physiologistes, l'ancien chirurgien en chef de l'armée fédérale considère le sommeil comme un effet de l'affaiblissement de la circulation cérébrale, et établit en conséquence la pathologie et le traitement de l'insomnie. Les déductions sont faciles à prévoir.

SPERMATORRHÉE. Cette affection si grave, si souvent rebelle à la médication la mieux dirigée, entraîne si rapidement la dégénérescence physique et morale de l'individu qui en est atteint, que la guérison suivante, obtenue par le docteur Heulard, et qui date de plus de sept mois, mérite d'être rapportée.

Un jeune homme de vingt ans, grand, brun, lymphatique,

était depuis plus de deux ans affecté de pollutions nocturnes, fréquentes, considérables, se reproduisant presque toujours sans plaisir, dans un état incomplet d'érection, ou même sans aucune tension du pénis, et constituant plutôt un écoulement passif qu'une éjaculation; ces pollutions avaient lieu sans rêves lascifs, et malgré le soin que prenait le malade d'éviter toute lecture érotique. M. X... éprouvait un sentiment habituel de malaise, d'oppression, après le moindre exercice, dyspnée pénible et les battements du cœur, habituellement très-fréquents, acquéraient une rapidité extrême. Digestion assez régulière, mais suivie de tiraillements d'estomac assez semblables à ceux des femmes leucorrhéiques. Il recherchait principalement les aliments très-épicés et de haut goût, et cependant, malgré une alimentation qui pour un autre eût été suffisamment réparatrice, il maigrissait, son regard était terne, languissant, la vue était sensiblement affaiblie.

Divers traitements institués étaient restés complétement stériles. En vain on avait administré le camphre à diverses doses, en vain le malade avait pris des bains tièdes et froids, en vain il s'était soumis à un régime purement lacté, les pollutions nocturnes se multipliaient de plus en plus, et M. X... arrivait à l'épuisement...

Ce fut dans ces conditions qu'il vint réclamer mes conseils. A l'examen des parties génitales, le gland se découvrait facilement, le prépuce n'était pas sali par de la matière sébacée, il n'y avait pas, il n'y avait jamais eu d'herpès au prépuce, de démangeaisons dartreuses vers le scrotum. Une chose seule frappait, le frein ou filet de la verge était extrêmement court, et dans l'érection, le gland, fortement tiré en bas, formait avec le pénis un angle assez prononcé. N'y avait-il pas dans cette disposition une sorte de corrélation de cause à effet? N'était-il pas possible que pendant l'afflux du sang dans les corps caverneux, ce vice de conformation ne donnât lieu à une sorte de frottement susceptible d'amener l'éjaculation? L'incision du frein de la verge fut dès lors proposée et acceptée, et eut le résultat le plus heureux; les pollutions nocturnes cessèrent, pendant plus de quatre mois il n'y en eut pas une seule; depuis lors il n'en survint que tous les huit ou dix jours, mais accompagnées d'une sensation de volupté et toujours précédées d'un rêve lascif. Depuis, M. X... a repris force et santé. (*Abeille méd.*, n° 49.)

La moindre irritation locale pouvant être une des causes multiples du mal, il est juste d'admettre que l'exiguïté du frein ait ici joué ce rôle; mais la suite de l'observation montre que cette cause n'était pas la principale, puisque le mal a persisté après que celle-ci eut disparu. Il ne faut donc pas accorder à cette petite difformité une importance qu'elle n'a pas.

STAPHYLÔME. Staphylôme postérieur. ÉTIOLOGIE. Cause prochaine de la myopie confirmée, cette altération consiste dans l'ectasie, l'amincissement des membranes profondes du globe oculaire. Or, l'anatomie pathologique montre que la région de ces membranes profondes, primitivement distendue, dit M. Giraud-Teulon, est la zone de tissu cellulaire ou connectif interstitiel plus ou moins lâche qui entoure la lame criblée et sépare les deux couches fibreuses, tant du névrilemme du nerf optique que de la sclérotique dans sa portion postérieure.

Lors du mouvement de convergence des axes optiques, en même temps que la pression est exercée dans l'intérieur du sac élastique choroïdien, le plan postérieur de la sclérotique, sa lame externe est tirée en avant par les muscles obliques. La lame interne, intimement unie à la choroïde, est au contraire repoussée en arrière par l'accroissement de la tension intra-oculaire.

Il y a donc naturellement tendance à disjonction de ces deux lames, qui ne sont que mollement unies entre elles dans la région du nerf optique, dans le seul fait de l'accroissement de pression interne qui suit le mouvement de convergence.

Cette tendance est singulièrement favorisée quand le mouvement de convergence mutuelle s'exerce dans un plan supérieur ou inférieur au plan de l'horizon.

Elle se change en un fait accompli et pathologique quand le mouvement de convergence est rendu plus difficile par l'insuffisance des muscles droits internes. La disjonction des deux lames sclérales (le staphylôme postérieur) est alors inévitable si l'insuffisance est prononcée.

L'observation clinique vérifie ces aperçus. Dans trente-huit à quarante observations, un léger staphylôme postérieur s'est rencontré avec l'emmétropie et même l'hyperopie, ou une myopie extrêmement légère, conditions en apparences paradoxales, mais dans lesquelles on a pu constater très-nettement l'insuffisance des muscles internes.

Si donc la myopie reconnaît généralement pour cause prochaine l'existence ou le développement de l'ectasie des membranes profondes de l'œil (le staphylôme postérieur à tous ses degrés), cette ectasie elle-même se produit sous l'influence d'une cause prochaine et d'une cause prédisposante.

La cause prochaine est l'application à des travaux sur objets rapprochés.

La cause prédisposante est l'insuffisance des muscles droits internes ou des forces de la convergence.

Au nombre des signes diagnostiques de l'insuffisance des droits internes, et comme un de ses principaux caractères, il convient donc de placer dorénavant la présence de tout staphylôme postérieur, et particulièrement au début, d'une simple petite érosion de la choroïde sur le bord externe du disque optique. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Staphylôme antérieur. Traitement. De forme conique et de la grosseur d'un pois dont l'origine remontait à trois ans, chez une dame de trente-huit ans, la tumeur touchait, par une portion de sa circonférence, à la partie supérieure de la cornée de l'œil gauche, légèrement violacée ; elle était peu résistante et indolente au toucher. La vue était abolie par la présence d'exsudats plastiques dans le fond de l'œil ; la pupille immobile, de forme ellipsoïde, avait son plus grand diamètre dans le sens vertical, ce qui s'expliquait par la tension que lui faisait subir dans ce sens la choroïde, qui, elle aussi, était staphylomateuse. De continuelles douleurs névralgiques, occupant l'œil et le front, tourmentaient beaucoup la malade. Après avoir chloroformisé la patiente, la paupière supérieure soulevée par l'élévateur et l'œil maintenu en place, MM. Giordani et Vignola appliquèrent, pour la première fois, le procédé de Borelli à ce staphylôme de la sclérotique. Deux fines épingles recourbées en traversèrent la base, l'une verticalement de haut en bas, et l'autre de dehors en dedans. Un fil double l'étreignit fortement. De la charpie pour isoler les épingles des paupières, un bandage et des applications réfrigérantes continues, tel fut le pansement. Chute de la tumeur le quatrième jour, et la cicatrisation de la plaie en résultant était complète le vingt-huitième.

En présence des graves inconvénients produits par le séjour des épingles sur la cornée surtout, le docteur Gritti se demande s'il n'y aurait pas lieu de les enlever dès que la ligature est

faite. Mais M. Borelli répond qu'elle ne tiendrait pas à défaut d'une base suffisante et que, dès-lors, le procédé n'aurait plus d'objet. (*Giorn. d'oftalmologia ital.*)

STATISTIQUE. *Statistica del movimento dello stato civile del regno d'Italia nell' anno* 1864 (Statistique du mouvement de l'état-civil du royaume d'Italie en 1864), publiée par les soins du ministre de l'agriculture et du commerce ; un volume in-4° de 555 pages, Florence.

Comparés dans tous leurs détails, entre les anciens États réunis, les éléments de ce travail offrent des éclaircissements instructifs sur les effets de la topographie et des habitudes, des mœurs spéciales de ces anciens États.

STÉATOSE. Polystéatose viscérale. Dans une étude intéressante de ce sujet nouveau, M. le docteur Perroud (de Lyon) a passé en revue les organes où elle se montre ordinairement ; le foie, le cœur et les reins en fournissent douze observations cliniques à l'appui; au point de vue clinique comme à celui de l'histologie et de la nosologie, il établit des divisions, des différences que les conclusions suivantes font connaître :

1° On doit reconnaître deux espèces de stéatose : l'une par hypergenèse du tissu cellulo-adipeux, et l'autre par état granulo-graisseux des éléments histologiques des organes.

2° L'état granulo-graisseux frappe très-souvent d'une manière simultanée le foie, les reins et le cœur.

Dans certains cas, il existe des connexions étroites entre ces trois stéatoses viscérales, si bien qu'on peut les considérer comme une sorte d'unité anatomique dont on doit étudier l'évolution, les symptômes, la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

3° La triple stéatose viscérale est facile à reconnaître, soit au microscope, soit à l'œil nu, lorsqu'elle est parvenue à un état plus avancé.

Elle reconnaît pour cause prochaine une infiltration de principes granulo-graisseux provenant du dehors, plutôt qu'une dégénérescence graisseuse par dédoublement des principes immédiats constituant les tissus.

4° Toutes les conditions capables d'augmenter la quantité des matières grasses du sang ou d'en entraver l'élimination, peuvent être des causes déterminantes de la stéatose viscérale.

5° La triple stéatose viscérale peut se rencontrer dans un grand nombre de maladies différentes.

Ses effets sont très-variables, suivant qu'on la considère dans les maladies chroniques ou dans les maladies aiguës, c'est-à dire suivant qu'elle s'est développée d'une manière lente et progressive ou d'une façon brusque ou suraiguë. Dans le premier cas, elle se traduit surtout par des phénomènes locaux ne retentissant que fort peu sur l'ensemble de l'économie ; dans le second cas, elle est caractérisée principalement par une série d'accidents généraux graves, tels que ceux qui caractérisent le groupe nosologique des ictères pernicieux.

6° Les phénomènes généraux graves qui appartiennent aux ictères pernicieux sont le résultat immédiat de l'altération des organes, peut-être de la lésion des reins, mais surtout de la lésion hépatique. L'étude de l'empoisonnement aigu par le phosphore et certaines observations de maladies peu complexes du foie déposent en faveur de cette manière de voir.

7° Le pronostic de la stéatose viscérale multiple est en rapport avec la marche de la maladie ; il est beaucoup plus grave dans les cas aigus que dans les cas chroniques.

8° Le traitement se déduit des causes qui favorisent ou déterminent la formation de la stéatose et des effets qui résultent de la lésion anatomique une fois développée. (*Soc. des sc. méd. de Lyon.*)

STÉRILITÉ. Chez une femme ayant une antéversion très-prononcée, il suffit au docteur Steiger de lui prescrire de retenir le plus longtemps possible ses urines, pour voir une longue stérilité disparaître. En moins de huit semaines, l'utérus avait repris sa situation normale. (*Würzb. med. Zeitschr.*) L'action mécanique portée sur le fond de la matrice serait ainsi plus efficace que sur le col.

Phimosis. — Après cinq années de mariage sans avoir eu d'enfants, un homme s'étant soumis à l'examen de M. le docteur Baudin, un phimosis très-prononcé, avec longueur exagérée du prépuce, fut constaté. L'opération par le caustique eut lieu (voy. Phimosis), et un an après, l'opéré était devenu père.

STÉTHOSCOPE. — Voy. Auscultation.

STOMATITE. Stomatite mercurielle. Suivant M. Mosler, c'est le mercure, versé dans la bouche par la salive parotidienne, qui irrite la muqueuse buccale et produit la maladie plutôt que la salivation elle-même. (*Berl. klin. Woch.*, n° 16.)

Eau-de-vie. Sans nier l'utilité du chlorate de potasse contre la salivation, le docteur Ametler donne la préférence aux gargarismes avec l'eau-de-vie contre les ulcérations, les aphthes de la bouche. La douleur locale en résultant n'est que passagère. Chez une fille inutilement traitée depuis un mois avec le chlorate de potasse et les solutions albumineuses; ces gargarismes l'ont guérie en sept jours, en touchant concurremment les ulcérations avec le sulfate de cuivre. (*Pabellon médico.*)

Sulfites. Dans cinq cas rebelles, même au chlorate de potasse, le docteur Gallia, adjoint à la clinique syphilitique du professeur Spérino, dit avoir trouvé utile l'usage du sulfite de soude. Le professeur Quaglino a constaté aussi ses bons effets dans deux cas semblables; c'est ainsi que les sulfites trouvent une heureuse application dans toutes les maladies. Ici, suivant M. Polli, ils tendent à améliorer la condition septique de la bouche, comme dans le scorbut, où les altérations locales ne sont que des voies d'élimination irritative des principes hydrargyriques, et alors ils dissolvent les coagulations *hydrargyro-albumineuses*. (*Giorn. delle mal. veneere*, mai.) La théorie ne fait pas même défaut pour donner plus de valeur à ces faits.

La nature différente du mal n'explique-t-elle pas ces succès? Contre des ulcérations atoniques, phagédéniques, on comprend que l'alcool réussisse mieux que toute autre solution. Il faudrait donc distinguer les cas.

Stomatite argentique. En même temps que les bons effets du nitrate d'argent dans la paralysie générale se confirment par l'expérience, on en découvre aussi les inconvénients. Ce n'est plus seulement la teinte ardoisée de la surface cutanée qui est à craindre, mais une stomatite spéciale résultant manifestement de l'usage prolongé du sel lunaire par son action irritante sur la muqueuse buccale. M. le docteur Guipon en a observé le premier exemple sur une couturière de quarante-sept ans, entrée le 4 novembre 1865, à l'Hôtel-Dieu de Laon, pour une hémiplégie gauche complète avec paralysie de la langue et des

organes de la phonation consécutive à une congestion cérébrale.

Une fois l'acuité de ces accidents passée, le nitrate d'argent fut administré à la dose de 1 centigramme par jour avec augmentation de 1 centigramme tous les trois jours. Le médicament étant bien toléré et l'appétit augmentant, la dose fut ainsi élevée graduellement à 10 centigrammes par jour et continuée ainsi du 22 janvier au 10 février, où, une amélioration sensible se manifestant dans le membre abdominal, on diminua rapidement cette dose de 2 centigrammes chaque jour.

La malade avait ainsi absorbé 4 grammes 16 centigrammes d'azotate d'argent, lorsque, le 19 février, apparut une tuméfaction des gencives, d'un rouge sombre avec liséré violet près des dents, et une très-vive sensibilité de la bouche, surtout à la chaleur ; puis une odeur métallique non fétide de l'haleine, sans salivation. Une teinte ardoisée des incisives existait depuis quelque temps sans rien de semblable vers la peau.

Il suffit de cesser le sel lunaire et de recourir au chlorate de potasse en gargarisme pour voir disparaître ces accidents en quatre jours ; mais une récidive légère se manifesta douze jours après, qui céda définitivement au même moyen.

L'action nocive du sel lunaire sur la muqueuse buccale est donc manifeste dans ce cas, non pas directement sans doute, comme pour l'intestin, mais par une sorte d'élection comme le mercure, l'iode. Il est donc prudent d'en surveiller les effets chez les divers sujets et, comme pour tout agent actif, de ne pas en augmenter indéfiniment la dose.

Afin d'aider la tolérance de celui-ci, M. Guipon le combine sous forme pilulaire de la manière suivante :

Azotate d'argent cristallisé..	1 centigrammes.
Extrait de gentiane..	5 —
Thridace. ,	25 milligrammes.

STOMATOSCOPE. Nouvel instrument inventé par M. Bruns pour servir à éclairer la bouche dans les recherches laryngoscopiques et faciliter le diagnostic des affections dentaires. Son mode d'application et d'action est le suivant : Une spirale de platine (renfermée dans une cupule de buis, pour empêcher la transmission de la chaleur), amenée au rouge par le passage d'un courant électrique dégagé par deux éléments de M. Middeldorf (de Breslau), est placée dans la bouche, en

arrière des dents. La lumière, réfléchie par un tout petit miroir, est assez intense pour rendre la mâchoire transparente, et permettre d'apercevoir facilement les vaisseaux qui se rendent à la racine des dents, les plus petits points de carie, etc. On peut même, sur quelques sujets, apercevoir par transparence l'artère coronaire labiale, au niveau de la commissure et la suivre dans son trajet. M. Bruns se sert même de ce mode d'éclairage pour la laryngoscopie : mais il nous semble que l'introduction de l'instrument dans la bouche, est plutôt un inconvénient qu'un avantage, en gênant la manœuvre du miroir. Le stomatoscope nous paraît donc avoir des applications limitées; mais il donne, pour ce qui concerne le diagnostic des affections dentaires, un excellent moyen d'exploration. (*Acad. de méd.*)

SUTURE. Pour faciliter l'emploi des fils métalliques, M. Charrière a fabriqué des aiguilles tubulées, divisées en deux et formant deux gouttières superposées, dans lesquelles on peut introduire des fils métalliques de grosseur variée. Leur action peut être comparée à celle d'une lardoire et leurs pointes se font également en fer de lance.

On les emploie seules ou montées dans toutes les directions, sur une pince ou tout autre porte-aiguille suivant le lieu où l'on a à opérer. (*Acad. de méd.*)

Suture de la cornée. — Voy. OPHTHALMOLOGIE.

SYMPTOMATOLOGIE. *Symptomatologie, ou Traité des accidents morbides* par A. Spring, officier de l'ordre de Léopold, professeur de clinique médicale et de pathologie générale à l'université de Liége, etc., etc. Paraît par fascicules de 250 à 300 pages, qui seront au nombre de six pour l'ouvrage entier. Bruxelles. — Le titre de cet ouvrage en indique clairement le but : c'est d'accorder aux signes morbides la valeur qu'ils méritent en pathologie, non à la manière vulgaire qui fait de certains symptômes autant de maladies, comme la douleur, la toux, les convulsions, etc.; mais tout à fait scientifiquement.

Partant du fait clinique, le savant professeur en a étudié, relaté toutes les manifestations avec soin. Loin de faire table rase des anciens termes, il les rappelle, en cherche, en donne la signification, en respectant ainsi l'usage et la tradition. Comme les naturalistes, il forme des classifications, des sym-

ptômes correspondant à des lésions, des états morbides divers. C'est donc là une œuvre aussi neuve et originale dans la conception que dans le titre et l'exécution.

SYNCOPE. Quelle qu'en soit la cause, l'inhalation du chloroforme ou toute autre, M. Mougeot considère l'emploi persévérant des douches oculaires d'eau froide comme un excellent moyen d'y remédier. (*Soc. de chir.*, juin.) On ne saurait donc se refuser à l'emploi d'un moyen si simple.

SYPHILIS. Incubation. Les recherches du professeur Sigmund (de Vienne) sur cet intéressant sujet ont porté sur 818 observations. Il prend à cet effet, pour base, l'existence incontestable de l'induration ou d'une papule.

Ainsi déterminée, la période d'incubation s'étend aux six premières semaines qui suivent la contagion.

Dans la majorité des cas (85 pour 100), cette période ne dépasse pas la cinquième semaine, et très-souvent (67 pour 100) elle est renfermée dans la limite de quatre semaines.

Les observations rigoureusement prises ne permettent pas d'assigner à la période d'incubation une durée plus longue que six semaines; elles démontrent également que la syphilis ne se développe jamais sans être précédée de l'apparition d'une papule, la syphilis intra-utérine étant seule exceptée.

La période d'incubation est singulièrement abrégée dans les cas d'induration ou de papules simples, et bien plus longue quand le phénomène initial est constitué par une ulcération ; cette différence paraît, du reste, tenir simplement à ce que l'induration est plus difficile à constater quand elle succède à l'ulcération que dans les cas où elle existe isolément.

Chez les sujets tuberculeux, la durée de l'incubation est généralement abrégée. Elle est la même, que l'inoculation ait eu lieu sur la peau ou sur une muqueuse, accidentellement ou expérimentalement. Elle n'est pas modifiée non plus par l'existence antérieure à une époque quelque peu distante d'ulcérations vénériennes. Enfin elle n'est nullement influencée ni par le sexe, ni par le sujet. (*Gaz. hebd.*)

Traitement. *Frictions et diète.* Ce mode ancien a été remis en honneur à la *Société de médecine de Strasbourg*, par MM. See, Schutzenberger et Herrgott, dans des cas rebelles à l'emploi

ordinaire du mercure. Plusieurs succès éclatants en sont cités (*Gaz. méd. de Strasbourg*, août). En présence de l'absorption rapide, à petite dose, par la voie hypodermique, ne serait-il pas plus logique d'y recourir qu'à ces frictions et cette diète sévère, qui semblent désormais ne devoir être employées qu'en dernier recours ?

Injections hypodermiques. Le docteur Ambrosoli en a confirmé l'efficacité dans la syphilis contitutionnelle, suivant la méthode de M. Scarenzio, c'est-à-dire avec le calomel (voy. année 1864). Sur 16 malades traités au Sifilicome de Milan, en 1864 et 1865, il a obtenu 14 guérisons, dont 3 après récidive, et seulement 2 insuccès (*Giorn. delle mal. ven.*, février). Sur cette base, du moins, la médecine s'affirme comme science d'observation, et elle n'est pas autre chose.

Au lieu de compter, comme M. Scarenzio, sur la transmutation du calomel en sublimé par l'absorption lorsqu'on injecte sous la peau une solution de celui-là pour combattre la syphilis, M. Berkley Hill a injecté directement celui-ci au pli du bras ou à l'épaule, à la dose de 5 milligrammes, matin et soir, dissous dans six gouttes d'eau. Dans onze cas d'accidents primitifs et secondaires, l'absorption s'est manifestée rapidement, un seul excepté, déjà réfractaire aux autres voies d'absorption ; 5 à 7 centigrammes ont suffi pour produire une mercurialisation complète (*Lancet*, mai). En confirmant l'efficacité de cette nouvelle méthode de traitement de la vérole, M. Hill l'a rendue plus facile et plus sûre. Il n'y a plus ainsi de ces petits abcès consécutifs à l'injection du calomel. Les malades qui ont horreur du mercure, ou dont l'estomac ne peut le supporter, n'en guériront pas moins désormais.

Syphilisation. M. Lée résume ainsi son jugement sur les expériences publiques que M. Bœck a été appelé à faire dans les hôpitaux de Londres, à ce sujet :

1° Il n'est pas encore prouvé suffisamment que la forme infectante de la syphilis puisse être inoculée à un syphilitique constitutionnel.

2° L'ulcère mou et la surface d'un ulcère induré donnent seulement lieu parfois à des ulcérations locales superficielles, ayant les caractères du chancre mou.

3° Durant l'irritation causée par ces ulcérations, les marques de la syphilis secondaire disparaissent.

4° Mais la longue durée de ce mode de traitement et ses nombreux inconvénients sont des obstacles absolus à son adoption dans la pratique civile. (*Lancet*, avril.)

Liqueur de Donavan. Très-usitée en Italie contre les syphilides rebelles, le lupus et autres accidents cutanés, elle a reçu aussi de M. le docteur Pedrelli une nouvelle modification qui paraît en assurer le succès. Il la prépare ainsi :

℞ Iodure d'arsenic.	20 centigrammes.
Eau distillée.	120 grammes.

Dissolvez dans un matras de verre à chaud, et ajoutez :

Biodure de mercure.	40 centigrammes.
Iodure de potassium..	3 à 4 grammes.

Filtrez et conservez dans un vase brun et bouché.

Ainsi obtenue, la liqueur est limpide, avec une légère teinte paille. A la dose de 4 à 100 gouttes dans 90 grammes d'eau distillée, prise en trois fois dans la journée, en augmentant d'une à deux gouttes par jour, elle produisit des résultats très-satisfaisants à l'hôpital Sainte-Ursule de Bologne. Il faut éviter de l'administrer à jeun et ne pas l'associer aux acides ni aux narcotiques pour mieux en établir la tolérance, car alors des accidents pourraient en résulter. (*Giorn. ital. delle malattie veneree.*)

Ulcérations du col utérin. Devant la difficulté qu'il y a toujours à en déterminer exactement la nature à défaut de leurs caractères spécifiques, lors même qu'elles coïncident avec la syphilis constitutionnelle, et leur résistance au traitement général et local, le docteur Wertheim, médecin de la division des vénériens de l'hôpital Rodolphe de Vienne, a appliqué topiquement chaque jour, puis tous les deux jours, durant deux à quatre semaines, des gâteaux de charpie, enduits d'onguent mercuriel. Dans quatorze cas, après la cautérisation argentique restée infructueuse, la guérison s'en est suivie. (*Wien. med. Woch.*, nos 10 et 11.)

Dans le doute, ne serait-il pas rationnel, plus simple et facile d'appliquer la pommade ou la solution de chlorate de potasse, qui, par son pouvoir cicatrisant, même sur les ulcères vénériens, amènerait sûrement la guérison?

Plaques muqueuses. C'est la solution de potasse caustique,

préconisée récemment dans le pansement des plaies (voy. ce mot), que le docteur Wertheim emploie dans la proportion de 25 centigrammes pour 32 grammes d'eau distillée. Il en imbibe des gâteaux de charpie qu'il applique sur les plaques et recouvre ensuite d'une feuille de gutta-percha. Ce pansement est renouvelé toutes les quatre heures. On le remplace le lendemain par des applications d'eau glacée, en continuant ainsi alternativement. La guérison s'est opérée sans douleur ni cicatrice apparente, et s'il est vrai que l'iodure de potassium, ou des préparations mercurielles administrées simultanément, aient une certaine part dans ce résultat, M. Wertheim s'est du moins assuré, par des expériences comparatives, que l'eau glacée seule ne suffit pas comme topique. (*Wien. medizin. Wochenschr.*)

Chancre. Simple ou infectant, l'induration de ses bords est constituée, selon M. Verneuil, par l'hypertrophie d'un nombre considérable de glandes sudoripares faisant saillie à la face profonde de la peau. Sur deux pièces présentées, elles ont acquis un tel développement, qu'elles mesurent jusqu'à 3 à 4 millimètres de diamètre. Dans quelques cas de bubons suppurés, avec décollement de la peau, ces glandes sudoripares sont tellement confluentes par leur hypertrophie, que la cicatrisation de l'ulcère en est rendue très-difficile. Aussi le meilleur et parfois le seul moyen d'obtenir cette cicatrisation, c'est de resécquer, comme l'a fait M. Verneuil, tout l'anneau de peau décollée. (*Soc. de chir.*, octobre.)

L'étude spéciale de ces petites glandes, faite par le savant chirurgien, donne toute créance à la découverte de cet obstacle à la guérison et au remède rationnel qu'elle suggère.

Tremblement mercuriel. Voy. Bromure de potassium.

Extinction de la syphilis. Sur le rapport de M. Garin, la *Société de médecine de Lyon* propose à cet effet d'augmenter les maisons de tolérance, en forçant tout le personnel de la prostitution clandestine à prendre un numéro. La statistique ayant montré que les accidents vénériens sont aujourd'hui de moitié plus rares, parmi la garnison locale, qu'en 1860, c'est-à-dire de 1 : 16 au lieu de 1 : 8, et les prostituées régulièrement soumises à la visite offrant des garanties que n'offre pas une

femme libre, elle propose ce remède, sinon comme infaillible, au moins comme le plus sûr et le meilleur.

On peut louer l'intention et le but ici, sans approuver les moyens d'exécution. Outre des difficultés insurmontables, pourquoi vouloir forcer une femme, si libre soit-elle, à se mettre ainsi hors la loi ? Comment distinguer entre le vice et la légèreté, des amours trop faciles et le besoin même? Pourquoi armer la police d'un droit si contraire à la liberté individuelle ? Qu'elle réprime toute excitation publique, toute provocation immorale, inconvenante, à la bonne heure ; mais en dehors de cela, c'est à chacun de connaître le danger du bal public ou du boulevard pour prendre ses précautions. L'administration ne peut se charger de veiller pour tous, et ce n'est pas à la police qu'appartient la moralisation d'un peuple.

D'autres mesures aussi arbitraires sont encore proposées, comme de s'assurer de l'état sanitaire des soldats, des marins, des prisonniers, des malfaiteurs et des vagabonds. La visite obligatoire des ouvriers des ateliers et des manufactures de l'État est même offerte en perspective, et la Société de médecine n'a pas craint de proposer la séquestration temporaire des vénériens dans les hôpitaux jusqu'à complète guérison, en supprimant le traitement externe. Adopter de pareilles mesures serait revenir en arrière de plusieurs siècles ; le remède serait pire que le mal, car alors les malades n'entreraient plus dans les hôpitaux, s'ils n'étaient pas libres d'en sortir. Et qui voudrait se soumettre à ces visites préventives, sinon par la contrainte, comme les soldats! Loin d'arriver ainsi à l'extinction du mal, on pourrait le rendre plus grave et dangereux.

Contre-visites sanitaires. En constatant que la proportion des vénériens à l'hôpital militaire de Marseille s'élève de 190 à 197 pour 1000, dont 124 au moins faisant partie de la garnison locale, et la gravité exceptionnelle du mal par la résistance et la durée du traitement, M. Didiot en voit la cause dans la rareté des visites aux filles publiques, et l'appréciation incomplète des organes sexuels. Il voudrait que, comme à Bruxelles, à Turin, à la Haye, où elles ont produit d'excellents résultats, des contre-visites, faites à jour et heures indéterminés, fussent faites par des inspecteurs, pour contrôler la réalité du rapport hebdomadaire du médecin sanitaire ordinaire. (*Gaz. des hôpitaux.*)

Étude statistique de la syphilis dans la garnison de Marseille, suivie de généralités sur la prostitution et sur la fréquence des maladies vénériennes dans la population de cette ville, et complétée de réformes à apporter dans le service de la police sanitaire, par le docteur P.-A. Didiot, médecin principal de l'armée, etc. In-8°, Marseille.

Syphilis hépatique. *Iodure de potassium*. Employé constamment par M. Leudet, à la dose de 1 gramme 50 à 6 grammes par jour, il y a associé les mercuriaux, mais sans jamais employer ceux-ci seuls. L'iodure de fer seul s'est montré efficace dans un cas de Frerichs, qui préconise aussi comme adjuvants l'eau et les bains de Kreuznac, d'Aix-la-Chapelle et les eaux de Pyrmont. (*Arch. de méd.*, mars.)

Syphilis des animaux. M. Auzias a enfin trouvé un compétiteur, un émule digne de lui. A la *Société des sciences médicales* de Lyon, juin, M. Gailleton a présenté un lapin offrant sur tout le corps une éruption acnéiforme, résultat d'une inoculation du pus d'un chancre infectant, à début pustuleux, survenue après vingt-quatre jours d'inoculation après un coït impur suivi immédiatement d'une blennorrhagie (*Journ. de méd.*, août). L'irrégularité de ces accidents ne démontre donc, pas plus que les faits précédents, de l'aveu même de l'opérateur, l'inoculation de la syphilis aux animaux. Mais toute la gent rongeuse va désormais subir les expérimentations du jeune syphiliographe pour vérifier le fait. Pauvres bêtes !

Traité historique et pratique de la syphilis, par le docteur E. Lancereaux, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Institut, de la Faculté et de l'Académie de médecine. Un volume grand in-8° de 784 pages, avec 3 planches gravées et coloriées.

Des affections nerveuses syphilitiques, par le docteur Léon Gros, ancien médecin en chef de l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, etc., et le docteur E. Lancereaux, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Volume in-8° de 485 pages.

Traité pratique des maladies vénériennes, par F.-F. Clerc, médecin de Saint-Lazare, ancien interne de l'hôpital du Midi,

ex-médecin du Dispensaire de salubrité publique. Premier fascicule. Un volume grand in-8° de 324 pages, avec 3 planches sur acier contenant 15 sujets dessinés d'après nature par Léveillé.

T

TAILLE. Taille périnéale. *Nouveau cathéter-conducteur.* Un des temps les plus longs et souvent les plus difficiles des tailles périnéales est l'ouverture de la région membraneuse de l'urèthre au-dessus du bulbe qu'il importe tant de respecter. Que le cathéter cannelé soit aussi volumineux que possible, il n'est pas toujours facile, surtout chez les personnes grasses comme le sont beaucoup de calculeux, de l'aller rechercher dans une partie où il fait dévier la symphyse pubienne pour gagner la vessie, et où il devient presque perpendiculaire à la surface du périnée. D'ailleurs on ne peut employer un cathéter volumineux chez les enfants.

Pour le rendre plus facile à trouver par le périnée, on lui donne une courbure assez forte, qui est un autre défaut. Dès que l'on abaisse son extrémité externe pour conduire l'instrument tranchant dans la vessie, son extrémité externe se relève tellement vers la paroi antérieure du réservoir urinaire, qu'on n'est plus, à moins de très-grandes précautions, arrêté par le cul-de-sac de la cannelure.

M. A. Mercier a remédié à ces inconvénients à l'aide d'un conducteur à dard. Il a la forme d'une sonde très-coudée presque à angle droit, et c'est à cette courbure que sort le stylet ou dard.

Introduit dans l'urèthre, le dard caché dans sa gaîne, le talon est facile non-seulement à sentir, mais à voir au périnée, et quand on a fait l'incision préliminaire, il est facile de déplacer le bulbe, de faire saillir le dard au-dessus et de diriger sur sa cannelure un bistouri droit qui arrive alors directement dans la cannelure principale. L'opération se termine enfin comme avec un cathéter ordinaire; seulement, comme cette cannelure principale est presque droite, on n'est pas exposé à en sortir et à se fourvoyer. (*Acad. de méd.*, février.)

Lithocrate. Pour obvier aux difficultés de saisir et d'extraire

le calcul par la plaie périnéale dans certains cas, M. H. Lee a fait construire un lithotriteur ordinaire à deux branches, dont l'inférieure est creusée profondément, et appelé *lithocrate*. Il l'introduit préalablement dans la vessie, et fixe la pierre entre ses branches. L'incision faite, l'extrémité mousse de cet instrument est rendue saillante de manière à diriger, à guider le bistouri dessus et, aussitôt qu'elle apparaît, à donner issue à la pierre, si elle est petite, ou du moins à pouvoir la saisir plus facilement et plus sûrement avec la pince ordinaire, si elle est volumineuse. L'incision peut être ainsi ménagée, et l'opération rendue beaucoup plus rapide et moins laborieuse. Toutefois, ces avantages sont loin d'être évidents dans le seul exemple rapporté à l'appui (*Lancet*, décembre 1865) A l'avenir de prononcer.

TEMPÉRATURE. Il résulte des expériences du professeur Mantegazza, que les douleurs intenses transmises par les nerfs rachidiens et la peau en amènent rapidement l'abaissement notable. Il l'a constaté chez les animaux dans le rectum ou aux oreilles : elle varie, chez le lapin, de 0°,68 à 2°,48 après dix à vingt minutes, et peut persister plus d'une heure et demie. Des contractions musculaires coïncidentes contrebalancent un peu cet abaissement, qui, chez les poules, varie de 0°,66 à 1°,76. Plus rapide chez les petits oiseaux, la durée en est aussi moins longue. L'homme semble partager cette même influence que l'auteur rapporte aux phénomènes chimiques de la calorification, par l'impossibilité de pouvoir s'en rendre compte par des troubles des nerfs vaso-moteurs. (*Gazz. med. Lombarda*, nos 26 à 29.)

Température humaine. Mesurée exactement avec le thermometre, elle est devenue un puissant élément de diagnostic pouvant, non-seulement indiquer la maladie au début, en l'absence comme à l'exclusion des autres signes, mais à en juger, en préciser les phases, à en déceler des complications latentes, à en faire prévoir l'issue et même à distinguer, à différencier les maladies entre elles. La valeur de cet élément de précision augmente ainsi à mesure qu'on l'emploie, tellement qu'il n'est plus permis aujourd'hui d'en négliger l'usage.

En faisant l'historique de ce moyen d'investigation qu'il appelle la *thermométrie clinique*, M. Charcot en rapporte l'ori-

gine à Swammerdam. Dès 1754, de Haen, remarquant la peau pâle, violacée, froide des vieillards pendant la fièvre, alors que la température du sang est très-élevée, appelait l'attention de ses élèves sur la nécessité de substituer l'emploi du thermomètre à l'application de la main dans l'appréciation de la température du corps. Hunter seul répondit à cet appel, et ce n'est que dans ces dernières années que MM. Gavarret, Bouillaud, Monneret, Roger, en France, s'occupèrent de ce sujet dans des cas particuliers, de même que Bærensprung, Traube, Michaël, Wunderlich, en Allemagne, en étendirent et en perfectionnèrent l'usage, mais sans le généraliser ni le systématiser. A M. le docteur Robert de Latour qui, dès 1834, c'est-à-dire bien avant tous les autres, s'en est occupé, et dont le nom honorable ne se trouve pas, on ne sait pourquoi, dans cette énumération, revient l'honneur d'en avoir étendu l'emploi à toute la pathologie, en en faisant un signe distinctif des fièvres essentielles avec les fièvres symptomatiques ; des altérations du sang et de la constitution, septicémies, toxicohémies, avec les inflammations simples. C'est ainsi qu'elle est un signe distinctif absolu de la fièvre pernicieuse, dont le danger est immédiat et qui, en se voilant souvent de mille complications, peut en imposer à l'observateur (voy. Fièvre pernicieuse). De même des fièvres éruptive, typhoïde, puerpérale, etc.

Le meilleur moyen de constater exactement la température dans l'état de maladie, où il s'agit surtout de ne pas déranger le patient, est le thermomètre axillaire qui se trouve chez M. Rozier, opticien, quai de l'Horloge, 37, à Paris. Il est renfermé dans un étui peu volumineux, qui le rend très-portatif. Sa forme angulaire permet de le placer dans l'aisselle du malade, sans déranger celui-ci, et de constater ainsi sur place le degré de température. Le prix seul de 18 francs, trop élevé pour la majorité des praticiens, est un obstacle à la propagation de son emploi. En Angleterre, où plusieurs instruments de ce genre se disputent la préférence, celui de Griffin, dont l'échelle s'étend de 55 à 130° F., avec cinq divisions pour chaque degré, est suffisamment exact, et peut servir à tous les usages du médecin, en se vendant au prix modéré de 10 francs. Il n'y a indication de préférer la voie anale que chez les vieillards, en raison de la remarque de de Haen, et dans le choléra ; l'enveloppe cutanée ne donnant pas, dans ces cas, le degré exact de la température animale.

Parmi les nombreux travaux qui se sont produits sur ce sujet en 1866, il convient de signaler surtout une thèse de M. le docteur Armetirding Compton, soutenue à l'Université de Dublin, le 26 juin, sur la température dans les maladies aiguës (*Temperature in acute diseases*). Basée sur 200 observations cliniques recueillies dans les hôpitaux anglais, dont 125 à *S.-Bartholomew's Hospital*, avec la température prise chaque jour et à peu près à la même heure et comprenant 60 cas de typhus, 30 de fièvre typhoïde, 20 pneumonies, 15 scarlatines, puis des rhumatismes, des érysipèles, etc., elle a une grande valeur en montrant, par des preuves péremptoires, et en affirmant qu'une température de 40° C. suffit à faire porter un diagnostic grave, alors que tous les autres signes tendent même à montrer le contraire, et *vice versâ*. Il semble résulter aussi d'un tableau statistique un degré fixe de température pour chaque maladie, sans que la saison ni l'âge le modifient sensiblement. Ses variations aux diverses périodes sont établies de même ; mais, si élevée qu'elle soit, la température seule ne saurait annoncer sûrement une terminaison fatale ni une guérison assurée.

La corrélation habituelle de l'élévation du pouls avec la température résulte également de ces observations, mais sans être constante. Une étude comparée à ce point de vue permet ainsi de séparer définitivement le *typhus fever* de la fièvre typhoïde quant à leur nature, leur pathogénie, en montrant des différences sensibles de température et du pouls entre ces deux affections.

Des propositions capitales, appuyées d'exemples, forment ainsi le canevas de ce plaidoyer, en faveur de l'emploi clinique du thermomètre. Elles sont confirmées en partie par les observations du docteur Liebermeister *sur les effets de l'élévation de la température dans la fièvre* (*Deutsch. Archiv für klin. Medic.*). La fréquence du pouls, sans être exactement proportionnelle à la température, y est cependant subordonnée généralement dans une large mesure, ainsi qu'il résulte d'un tableau statistique de 280 observations cliniques. Il semble qu'il convient de distinguer les cas pour établir le juste rapport de cette élévation de la température sur le pouls. M. G. Bergeron n'a trouvé ainsi aucune relation constante, absolue, entre les oscillations de température, la lenteur et la fréquence du pouls dans la pneumonie des vieillards, tandis qu'il a observé la même marche de l'élévation de la température que chez l'adulte. « Dans la

pneumonie, dit le docteur Compton, il y a une température élevée dès le second jour avec son maximum du troisième au quatrième, et une décroissance aussi rapide. » Il y a donc au moins là une exception fixe à cette relation de la température avec le pouls.

A propos de pneumonie, il est essentiel de ne pas confondre, pour le degré de température, la forme idiopathique de la forme symptomatique de la fièvre pernicieuse, élucidée par M. Robert de Latour. Elle est toujours plus élevée dans ce dernier cas, et pourrait bien ne pas avoir non plus la même relation avec le pouls. — Voy. PNEUMONIE.

D'après M. Liebermeister, c'est à une élévation excessive de la température qu'il faudrait rattacher la malignité dans toutes les maladies où on l'observe. Des accidents cérébraux seraient la conséquence directe de sa persistance et de ses effets dynamiques sur le cœur. On sait, en effet, que la gravité du pronostic est proportionnelle à cette élévation de la température, et que la mort survient rapidement lorsqu'elle s'élève à 42° C. (*Arch. de méd.*, juin). Il semble ainsi en assimiler l'effet à celui de la chaleur solaire, comme le fait très-explicitement M. Barudel pour les fièvres rémittentes du printemps et du commencement de l'été à Rome, dans lesquelles, dit-il, la température animale oscille entre 3 à 4 degrés au-dessus du chiffre normal, tandis que dans les fièvres réglées, pernicieuses, typhoïdes, elle atteint jusqu'à 6 degrés. Et cette différence est si constante et marquée, qu'elle a pu servir au savant médecin militaire pour établir d'emblée le diagnostic différentiel de ces pyrexies, aussi bien qu'à instituer le traitement différentiel qui leur convient. (*Mém. de méd. et de chir. milit.*, août.)

Si donc les effets sont si différents dans un même lieu, la cause l'est aussi. D'où l'étiologie différente admise par M. Robert de Latour. « Quelle que soit la cause de l'élévation de la chaleur organique, phlegmasie locale ou autre, dit-il, si le sang conserve sa composition normale, cette élévation ne dépasse jamais 2 degrés, et c'est alors l'agent vital de la fonction calorisatrice, c'est-à-dire l'appareil nerveux ganglionnaire, qui en est le mobile. Pour aller au delà, il faut que le fluide sanguin sur lequel cet appareil exerce son action soit lui-même atteint dans sa constitution intime, comme il arrrive lorsque sévit une fièvre essentielle. » (*Union médicale*, 1864.)

Quelle que soit d'ailleurs la cause de cette élévation différente

de la température et le mécanisme suivant lequel elle se produit, il n'en reste pas moins acquis, de l'aveu de tous les observateurs, qu'elle peut servir à elle seule à porter un diagnostic différentiel des diverses pyrexies et phlegmasies, et peut même aider au pronostic, par ses rapports avec le pouls et en décelant des complications latentes. La connaissance du degré de température et de son cours dans les différentes maladies est donc d'une haute valeur.

Des tableaux statistiques du docteur Compton il résulte que la température, dans la fièvre typhoïde à forme grave, s'élève communément à 103, 104 et même 105° F. (de 39°,45 à 40°,55 C.), tandis que le maximum est toujours au-dessous dans le *typhus fever*. C'est le contraire dans la forme légère ; mais il y a, dans la marche, les oscillations de cette élévation de la chaleur animale, des traits distinctifs.

C'est ainsi que, dans la pneumonie aiguë, elle s'élève dès le deuxième jour, et arrive à son maximum de 104 à 105° (40° à 40°,50 C.) dès le troisième. Dans le rhumatisme articulaire aigu, elle varie de 99 à 102° F. (37°,22 à 38°,88 C.), et persiste ainsi durant plusieurs jours, tandis que ses variations journalières sont de 4 à 5° F. dans l'érysipèle de la face et beaucoup plus aux différentes périodes.

Cette différence ressort surtout dans l'amygdalite. Idiopathique, elle ne donne guère lieu qu'à une température de 100° F. (37°,77 C.) au quatrième jour, tandis que dans celle de la scarlatine, elle s'élève à 104°, c'est-à-dire 40° C., dès le troisième. Et ces différences sont aussi tranchées dans beaucoup d'autres cas. Qu'un abcès se forme dans le voisinage d'une artère, par exemple, et l'apparence d'un anévrysme pourra rendre le diagnostic excessivement difficile. L'élévation de la température suffira à lever tous les doutes longtemps avant que la fluctuation soit manifeste.

Elle sert également à déterminer exactement, suivant le docteur Ringer, la période aiguë de la maladie de Bright. Dès qu'elle est revenue à l'état normal, malgré que les urines contiennent encore du sang, et que d'autres signes inflammatoires persistent, on peut cesser toute médication antiphlogistique, qui ne pourrait qu'animer le malade et nuire à sa guérison et la retarder. — Voy. ALBUMINURIE.

Dans l'état puerpéral, des recherches sur un grand nombre d'accouchées ayant montré que son maximum est de 37° C.,

dès qu'elle s'élève de 38 à 39°, on peut soupçonner, suivant le docteur Schroder, quelque complication.

Pour juger exactement de la température humaine, il faut tenir compte de l'influence que les médicaments, la digestion et plusieurs autres circonstances peuvent exercer sur elle. L'ingestion de l'alcool la diminue immédiatement, d'après les expériences de MM. Ringer et Rickard, comme une violente douleur, une opération, un traumatisme profond. Et, tandis que le vin de Porto l'abaisse comme l'alcool, une mixture d'éther et d'ammoniaque, l'esprit de camphre, de même que la teinture de belladone et l'acide prussiqne médicinal, l'élèvent légèrement pendant un temps fort court. L'utilité de ces connaissances est évidente pour ne pas commettre de méprise à cet égard dans le traitement de la pneumonie par les alcooliques et bien d'autres maladies.

Telle est l'esquisse de ce qui résulte des travaux publiés en France, en Angleterre, en Allemagne, en Italie sur ce sujet d'actualité pendant l'année. A chacun des mots en ressortissant, nous nous étendrons davantage dans le *Dictionnaire* de 1867.

TESTICULE. Hernie traumatique. Un cas grave s'en est présenté, le 2 juillet 1865, sur un serrurier de vingt-quatre ans, dans le service de M. Richet à la Pitié, et qui se termina par la mort. La réduction à la suite du débridement, après vingt-quatre heures seulement, n'empêcha pas des points gangréneux de se manifester, et consécutivement l'infection purulente et la mort; ce qui est un grave enseignement pour réduire au plus vite, sans les délais fâcheux qui sont souvent mis ainsi dans les hôpitaux aux opérations d'urgence, faute d'un médecin et d'un chirurgien à demeure.

A propos de cette observation remarquable, tous les faits analogues consignés dans les annales de la science sont rappelés, analysés, ce qui en fait le travail historique le plus complet et le plus récent sur ce sujet. (*Union méd.*, n° 19.)

Atrophie. Sans être nouvelle, la connaissance de cette altération succédant à l'orchite métastatique des oreillons est assez peu répandue pour qu'il soit utile de la signaler. Le professeur Grisolle, qui, en France, est celui qui a le plus attiré l'attention sur ce sujet par ses leçons cliniques, avoue l'ignorance où l'on est des conditioms qui en favorisent le développement. Sa fréquence est également inconnue, en raison du peu d'attention que

l'on apporte aux oreillons et à la tuméfaction passagère du testicule qui en est la conséquence ; mais l'atrophie survient insensiblement ensuite, et lorsque la réduction est assez sensible pour fixer l'attention du sujet, il ne rapporte plus cette lésion à sa véritable cause. Les cliniciens doivent donc porter la plus grande attention sur ce sujet.

Cette atrophie peut être simple ou double : une orchite spontanée survient parfois après l'orchite métastatique, et alors que l'un des testicules est déjà réduit. Elle survient plutôt chez les adolescents que chez les adultes. On ne sait pas si cette lésion entraîne la perte de fonctions de l'organe; mais il est probable que celle-ci en est au moins altérée. Les topiques stimulants, comme l'eau-de-vie camphrée, le baume de Fioraventi, le liniment térébenthiné, de petits vésicatoires volants sur le cordon, des cautérisations ponctuées, des courants électriques rares et modérés, paraissent être les moyens les plus convenables à mettre en usage, sans que l'expérience ait encore prononcé. (*Gaz. des hôp.*, n° 56.) — Voy. Orchite.

Tumeurs. *Diagnostic.* Une discussion intéressante s'est établie à ce sujet à la *Société de chirurgie*, août, à propos d'une tumeur reséquée par M. Le Fort, d'apparence encéphaloïde avec de nombreux petits kystes au milieu. M. Laborie rappelle un cas opéré par lui, et jugé cancéreux par MM. Verneuil et Cusco, et qui, à l'examen microscopique, n'offrait plus trace d'éléments cancéreux. Cette erreur est tellement possible et courante, que dans le doute, ayant nous-même soumis à l'examen d'un de nos plus grands chirurgiens de Paris, à la tête d'un grand établissement hospitalier, un cas de ce genre, le diagnostic sarcocèle fut bientôt porté, et ce n'est que par ménagement et comme temporisation qu'une médication composée de frictions mercurielles locales et l'usage interne de l'iodure de potassium à haute dose, fut prescrite. Le malade ayant été de son côté à la consultation de l'hôpital Beaujon, M. Jarjavay porta le même diagnostic et offrit au malade d'entrer pour l'opérer. Devant ce double diagnostic éclairé, la tumeur diminua néanmoins sous l'influence du traitement interne, et après trois mois, le testicule était revenu à son volume primitif, qu'il a gardé depuis huit mois. On ne saurait donc prendre trop de précautions dans les cas douteux.

A practical Treatise on diseases of the Testis and of the Sper-

matic Cord and Scrotum (Traité pratique des maladies du testicule, du cordon et du scrotum), par Curling, chirurgien de l'hôpital de Londres, 609 p., in-8°, Londres. Cette troisième édition d'un ouvrage introduit dans la littérature française par le professeur Gosselin, contient toutes les nouvelles acquisitions de la science sur ce sujet depuis la dernière. Les travaux de l'infortuné Godard y ont surtout obtenu la place qu'ils méritent.

TÉTANOS. *Cautérisation d'acide sulfurique.* Les moyens les plus variés, les plus divers et même opposés, ont été vantés contre cette redoutable névrose, sans que l'on puisse dire si aucun l'a réellement guérie, car plusieurs agents sont toujours employés, sinon simultanément, au moins successivement et dans un temps très-court. Il en est ainsi encore dans le cas rapporté par M. Lavergne, d'un jeune berger atteint de tétanos traumatique très-intense, quinze jours après un coup de feu reçu dans la main. C'est après avoir eu recours, du 13 au 17 janvier, aux antiphlogistiques d'abord, puis aux narcotiques, que le mal, s'aggravant sans cesse et paraissant au-dessus des ressources de l'art, la paralysie des jambes témoignant de la grave altération de la moelle, qu'à l'aide d'un plumasseau, fortement imbibé d'acide sulfurique, ce praticien distingué fit une cautérisation transversale sur les muscles postérieurs gauches du cou, au-dessus de l'épaule où existe la plus grande douleur et le plus de rigidité musculaire ; puis le plumasseau est promené tout le long du rachis et de chaque côté de l'occiput au sacrum.

Une atroce douleur de brûlure en résulte, mais la contraction musculaire cesse immédiatement, et bientôt après la douleur pour ne plus revenir, non plus que les accès. Une longue suppuration s'ensuivit, mais du moins la guérison fut durable et le blessé ne conserve, après quatre ans, qu'une voussure rachidienne modérée. (*Gaz. des hôp.*, n° 24.)

Est-ce à la dérivation profonde opérée sur le siége du mal, et à son application opportune, que la guérison est due, ou bien à l'action tardive, consécutive, dynamique des moyens précédemment employés? Impossible de décider ce point mystérieux, à moins d'expériences ultérieures.

Ammoniaque. Depuis longtemps employé, cet agent est remis

en honneur par le docteur Mac Auliffe, qui en rapporte quatre cas de succès dont un, de tétanos traumatique, est surtout remarquable. Fondé sur ce que la sudation paraît fréquemment un moyen dont se sert ordinairement la nature pour la guérison, il le préconise comme diaphorétique sous la forme suivante :

℞ Eau	600 grammes.	
Ammoniaque liquide	15	—
Sucre	5	—

Mêlez.

Par cuillerées à bouche toutes les demi-heures, jusqu'à cessation des accidents. (*Bull. de thér.*, juillet.)

L'opium, la morphine à haute dose, paraissent sous ce rapport, doublement rationnels en calmant le spasme, et en favorisant la diaphorèse.

Tetanus. — Eine physiologische Studie (étude physiologique du tétanos), par le docteur Ranke, de Munich, 465 pages in-8°. Leipzig, 1865. Résumé historique et expérimental sur les effets chimiques de la contraction musculaire.

THÉRAPEUTIQUE. On ne saurait en douter devant l'expérience des siècles, c'est moins à la découverte de nouveaux remèdes, aux formules de nouvelles médications, que la thérapeutique devra désormais ses progrès, qu'à rechercher, saisir, distinguer et préciser les indications de ceux déjà connus et employés Scruter, déterminer l'action spéciale d'un médicament isolé sur une fonction, un organe, ou tel système de fonctions ou d'organes en particulier dans une maladie donnée, surtout les plus fréquentes et les mieux connues, c'est la clef de la vraie thérapeutique, la voie assurée de l'avancement de cette branche si importante de l'art de guérir et le secret des praticiens heureux. Cette méthode conduit à la véritable spécialisation, en débarrassant la matière médicale de tant de parasites qui l'obstruent, ces mille riens dont se payent les imaginations complaisantes, bons tout au plus à faire face à un cas obscur, à sauvegarder une observation incomplète ou le savoir en défaut.

Le *Codex medicamentarius*, nouvelle pharmacopée française, rédigée par une commission de savants et de praticiens distingués sous la présidence de l'illustre M. Dumas, a été publié en

1866 pour tenir lieu et remplacer l'édition de 1837. Ce recueil, dont les indications et les formules doivent servir de règle dans toutes les pharmacies de l'Empire par décret impérial du 5 décembre 1866, a été mis au niveau des plus récents progrès de la science en tendant à la plus grande unification possible dans les formules des médicaments officinaux employés dans tout le monde civilisé. Trois parties composent ce gros in-folio sous les titres suivants, qui en indiquent assez la substance : *Notions préliminaires, matière médicale, pharmacopée,* avec une *introduction* de M. Dumas servant de brillant portique à ce temple de la science pharmacologique.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, les maladies d'oreilles, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales et un *formulaire spécial pour chaque maladie*, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants malades, et A. Després, chirurgien de l'hôpital de Lourcine. Librairie *Germer Baillière.*

Commencé en 1865, ce mémorial de toutes les connaissances indispensables au médecin, contenant 1568 pages in-4° à deux colonnes avec 614 figures intercalées dans le texte, se trouve terminé en 1866. Deux années ont suffi à l'exécution de cette vaste entreprise. L'activité des auteurs est la meilleure garantie de leurs connaissances. A une grande concision ils ont réuni des détails minutieux, particulièrement en ce qui regarde la thérapeutique. Médecin et chirurgien se sont surtout efforcés d'offrir à cet égard toutes les ressources dont l'art dispose. Le praticien y trouvera aussi rappelés, signalés, tous les meilleurs moyens dont l'usage est consacré par l'expérience. C'est un mémorial précieux pour ceux qui, n'ayant ni le temps ni le besoin d'étudier un sujet, veulent seulement s'en remémorer les points principaux. Parfaitement au courant de la science, ce précis alphabétique ne peut être suppléé par aucun autre ouvrage antérieur.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour l'année 1866, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1865, et les formules des médicaments nouveaux; suivi d'un mémoire

sur les poisons, les venins, les virus, les miasmes spécifiques dans leurs rapports avec les ferments, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Académie de médecine. 26e année. Un vol. in-18 de 422 pages. Librairie *Germer Baillière.*

Thérapeutique respiratoire. M. le docteur Sales-Girons, l'initiateur hardi et ingénieux de l'inhalation des liquides pulvérisés ou plutôt atomisés, comme on dit en Angleterre, désigne sous ce titre l'administration des médicaments sous cette forme par la voie bronchique. Cette méthode, qui n'est qu'un des modes de l'hydrothérapie appliquée aux surfaces internes ou aux surfaces circonscrites externes, étend ainsi chaque jour son domaine. Appliquée d'abord aux voies respiratoires, puis aux maladies de la vessie, des yeux, comme à certaines affections circonscrites de la peau, voici qu'elle ne tend rien moins qu'à remplacer l'administration des médicaments par la voie gastrique. Sans doute ce changement dans nos habitudes séculaires aurait lieu d'étonner ; mais qu'importe, s'il est justifié par des avantages que l'auteur assigne *a priori* à cette méthode dans le mémoire adressé à l'Académie de médecine de Paris le 23 janvier dernier, et résumés ainsi dans sa lettre d'envoi :

« Susceptibilité organique, excellence de texture, position au foyer primitif de l'hématose, contiguïté particulière avec les globules sanguins, aptitude supérieure d'absorption, netteté de surface, etc.; tous ces avantages de la muqueuse bronchique contrastent avec les conditions opposées de la muqueuse gastrique au bon usage interne des médicaments.

» La voie respiratoire, il est vrai, ne présente pas les facilités d'introduction de la voie digestive. Mais si la première fait mieux pour la cure que la seconde, le but est indiqué ; l'habitude et l'art feront le reste pour l'atteindre. En attendant mieux, nous présentons la pulvérisation des liquides comme moyen d'introduction des médicaments dont nous voulons parler ; car tous les médicaments peuvent être mis en dissolution liquide. »

Ces avantages, il est vrai, ne sont basés que sur des vues physiologiques non encore sanctionnées par la clinique. Jusqu'ici, on ne compte en effet que de très-rares observations tout exceptionnelles en sa faveur, que nous avons rapportées avec soin. Telle est l'administration du bromure de potassium (voy. Bromisme); du sulfate de quinine (voy. Fièvre intermit-

TENTE); du musc (voy. FIÈVRE TYPHOÏDE); et encore l'interprétation de leurs auteurs n'est pas généralement admise. Jusqu'à ce que de nouveaux faits viennent en établir, en confirmer la justesse, il est au moins recommandé de rester neutre. On ne comprend guère, en effet, comment l'émétique et tant d'autres médicaments qui sont déposés impunément sur la muqueuse gastrique pourraient être administrés sans danger par la voie bronchique. L'extrême ténuité des doses répond sans doute à cette objection : car ce serait un des principaux avantages de cette méthode, selon ses partisans, de pouvoir réduire les médicaments à dose presque homœopathique par cette voie, en raison de la puissance et de la rapidité d'absorption de la muqueuse bronchique. Mais est-il probable que tous les médicaments, même à cette extrême dilution, seront également propres à être administrés par cette voie, et qu'aux 5 à 10 centigrammes d'émétique nécessaires pour provoquer le vomissement par la voie gastrique, on devra substituer 2 à 3 milligrammes par la voie bronchique? Je ne le crois pas. Malgré la sécurité de la méthode endermique et les succès des injections hypodermiques, qui a jamais pensé s'en servir pour remplir toutes les indications thérapeutiques? Il est donc présumable que chacune de ces trois voies, la peau, l'estomac et les bronches, ont leurs indications spéciales, leur préférence relative comme la voie sous-cutanée pour calmer les douleurs superficielles par exemple, la voie du rectum sur celle de l'estomac pour l'absorption de certains médicaments, sans se substituer exclusivement l'une à l'autre.

L'honneur est déjà grand pour M. Sales-Girons d'avoir appelé l'attention sur cette nouvelle voie d'absorption médicamenteuse; aux cliniciens, aux observateurs d'en expérimenter la valeur et en déterminer la portée, l'utilité et les applications. Ce sera là un grand progrès pour la thérapeutique.

THORACOCENTÈSE. Partisan convaincu par l'expérience de l'efficacité de cette opération chez les enfants, M. Guinier n'a pas hésité à la pratiquer chez un garcon de douze mois à peine, au dixième jour d'un épanchement pleurétique aigu à gauche, précédé d'accès fébriles intermittents. Les vésicatoires monstres et la digitale n'ayant pu diminuer l'épanchement, la ponction fut pratiquée entre la troisième et la quatrième fausse côte : un flot de matière blanc verdâtre séro-purulente, très-liquide, inodore, jaillit aussitôt, mais s'arrêta bientôt, après

l'expulsion de 175 grammes seulement. Ce n'est qu'après l'enlèvement de la canule et malgré un défaut de parallélisme de 25 millimètres entre la plaie cutanée et la ponction, que le liquide recommença à couler par saccades, sous l'influence de la toux et des cris, de manière à s'élever à 500 grammes environ. Le cœur et la rate déplacés reprirent aussitôt leur position normale. Du liquide continue à couler le lendemain et le surlendemain. Une douleur dans le côté opéré fait introduire une grosse mèche dans l'ouverture, qui donne issue le lendemain, soit le dix-septième jour de l'opération, à 125 grammes de pus liquide bien lié, inodore. Il se tarit après quatre à cinq jours, et l'enfant entre définitivement en convalescence. (*Montp. médical*)

Cette observation est d'autant plus remarquable que jamais la thoracocentèse n'avait été pratiquée sur un enfant si jeune; jusqu'ici on n'avait pas descendu au-dessous de l'âge de trois ans,

Indications. Elles ressortent admirablement d'une observation choisie entre plusieurs semblables par M. Martineau, recueillies dans le service du professeur Trousseau. Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, atteinte d'une pleurésie aiguë gauche, dont l'épanchement augmente malgré trois vésicatoires, avec une telle intensité, qu'après trois semaines de durée elle est exposée à l'asphyxie. La thoracocentèse fait cesser tous les accidents, qui reparaissent bientôt par la reproduction du liquide au point de nécessiter une seconde ponction, qui cette fois est suivie rapidement de la guérison.

Or, malgré cette reproduction rapide du liquide, dit l'auteur, l'opération n'en a pas été moins utile en conjurant l'asphyxie. C'est en effet là son avantage; la reproduction du liquide était fatale, car la malade avait encore de la fièvre, la pleurésie était en voie de progression, le liquide sécrété par la plèvre contenait une grande quantité de fibrine; par conséquent, il n'est pas étonnant que, l'inflammation de la séreuse persistant, la sécrétion du liquide ait continué à se faire. La thoracocentèse n'a pas pour but de s'adresser à l'inflammation. M. Trousseau n'a jamais prétendu dire que la thoracocentèse était un moyen de traiter l'inflammation de la plèvre; il l'a instituée dans le but de donner issue au liquide pleural, liquide qui, par son abondance, peut être tantôt la cause d'une mort subite, tantôt nécessite, pour être résorbé, une médication longue, persévérante, débili-

tante et très-douloureuse, tandis que cette opération est un moyen plus actif à amener une guérison plus rapide. Aussi, il est bien évident que si l'inflammation de la séreuse continue, la sécrétion persistera, et qu'au bout d'un certain temps, il faudra de nouveau avoir recours à la thoracocentèse pour donner issue à cette nouvelle sécrétion pleurale; ce qui est arrivé dans ce cas. Mais si, au contraire, l'inflammation a cessé quand on pratique l'opération, le liquide ne se produit plus; j'ai pu noter ce fait chez deux malades. (*Soc. méd. chir. de Paris*, mai.)

Il ressort donc de cette vérité prise sur le fait que l'on ne doit pas se relâcher, malgré cette opération pratiquée au début, dans l'emploi des moyens internes et externes propres à diminuer, à atténuer l'inflammation sécrétoire. — Voy. PLEURÉSIE.

Trocart à double courant. Imaginé par M. Barth, ce nouvel instrument permet à l'opérateur de ne retirer la tige de la canule, après la ponction faite, que de quelques centimètres jusqu'à un point fixé pour laisser libres les deux yeux communiquant avec les courants, dont l'un est destiné à donner issue au liquide pleurétique, l'autre à faire parvenir le liquide médicamenteux. Pourvue de baudruches à leurs extrémités libres et de robinets s'ouvrant et se fermant à volonté, ces deux tubes préviennent ainsi sûrement l'entrée de l'air dans la plèvre. (*Acad. de méd.*, août.)

Simple dans sa construction et son mécanisme, ce trocart remplacera efficacement la seringue si compliquée et si coûteuse de M. J. Guérin, et tous les autres appareils inventés à la suite.

THORAX. *Mensuration.* Outre l'étendue transversale que l'on précise mathématiquement comme élément de diagnostic dans diverses maladies de poitrine, M. Gueneau de Mussy croit également avantageux de déterminer les modifications subies dans les dimensions verticales chez les sujets bien conformés. Seul, Laennec a signalé la diminution du diamètre vertical après la résorption des épanchements pleurétiques par l'affaissement, le retrait et la convergence des côtes. C'est l'unique changement indiqué dans la hauteur de la cavité thoracique.

Un moyen de constater ces changements est la comparaison en arrière de l'inclinaison des deux dernières côtes, et, en avant, la hauteur relative des rebords costaux dans chaque

hypochondre; bien que les cartilages qui forment ceux-ci, étant peu mobiles, subissent rarement dans leur position des changements notables; la direction de la deuxième côte, que sa mobilité a fait surnommer côte flottante, offre des variations beaucoup plus fréquentes et plus facilement appréciables.

Quand le diamètre vertical de la cavité thoracique est agrandi, le diaphragme, refoulé en bas, entraîne dans ce sens les côtes auxquelles il s'attache; la douzième côte devient plus oblique. Lorsque cet agrandissement est borné à un seul côté, de ce côté-là seulement cette côte présente une inclinaison plus accentuée, et son bord inférieur est situé plus bas que le bord inférieur de sa congénère, si on les compare à une égale distance de la crête épineuse.

L'omphysème généralisé détermine un agrandissement notable du diamètre vertical de la poitrine et augmente l'obliquité de la dernière côto. Dans les épanchements pleurétiques d'une médiocre abondance, les deux dernières côtes peuvent rester à la même hauteur; mais il n'en est pas de même dans ceux qui remplissent toute la cavité de la plèvre, et dans ceux qui restent emprisonnés entro la base du poumon et la face convexe du diaphragmo. L'auteur regarde ce signe comme un des plus importants pour constater ce genre d'épanchement, surtout quand il succède aux symptômes de la pleurésie diaphragmatique. Chez une femme dont le foie était distendu par des kystes hydatiques, la constatation d'une matité occupant lo tiers inférieur de la poitrine avait fait supposer à un chirurgien habile que le diaphragme était refoulé en haut par le développement de la poche hydatique; l'obliquité de la dernière côte me fit conclure à la coexistence d'un épanchement pleurétique, que d'autres signes vinrent affirmer. Il était évident que, si le diaphragme avait étó repoussé en haut, la dernière côte eût suivi ce mouvement ascensionnel.

Le pneumothorax produit au plus haut degré l'obliquité plus grande et l'abaissement de la dernière côte. (*Union méd.*)

TOXICOLOGIE. *Nerium oleander.* Arbuste connu de la famille des apocynées et considéré, d'après les expériences d'Orfila, comme un poison narcotico-âcre. En étudiant plus attentivement son action, M. Pelikan a découvert qu'il exerçait une action spéciale sur le cœur, comme l'inée ou onage (voy. année 1865). Avec l'extrait alcoolico-aqueux du *Nerium* d'Algé-

rio, expérimenté sur la grenouille, les battements du cœur s'accélèrent, puis se ralentissent bientôt, et cessent tout à fait après des irrégularités comme péristaltiques. Le ventricule cesse le premier de se contracter, puis l'oreillette, et néanmoins l'animal conserve ses mouvements volontaires. C'est donc là un nouveau poison du cœur, analogue à la digitaline, type de cette classe de poisons. (*Acad. des sc.*)

Emploi du magnésium. Sa propriété de précipiter à l'état métallique les solutions acidulées des protosels et des sesquisels de fer, de zinc, de cobalt et de nickel, l'argent, l'or, le platine, le bismuth, l'étain, le mercure, le cuivre, le plomb, le cadmium, le thallium, a conduit M. Roussin à l'employer aux recherches médico-légales. A l'aide d'un petit appareil de Marsh, dans lequel on introduit les liquides à examiner avec quelques grammes de magnésium en rubans, on peut saisir les traces du poison, arsenic ou antimoine, comme de tous les autres, à l'aide des divers caractères qu'il indique. (*Journ. de phys. et de chimie méd.*)

Réactions physiologiques. Devant l'impuissance actuelle des réactifs chimiques de démontrer la présence des alcaloïdes vénéneux, le corps du délit, comme on dit (voy. CURARE), ou de les distinguer entre eux, l'expérimentation physiologique, c'est-à-dire l'essai des produits d'une analyse chimique sur les animaux, qui a pris dans ces derniers temps, par l'impulsion de M. Tardieu, une si grande importance, qu'elle a constitué dans plusieurs affaires la preuve capitale de l'expertise, cette preuve est repoussée vivement par M. Devergie. Il admet bien que faites avec les produits *ultimes*, *connus et qualifiés* d'une analyse, ces réactions physiologiques constituent un document de l'expertise, mais sans jamais pouvoir être élevées au degré de *preuve*, et à plus forte raison de *démonstration concluante d'empoisonnement*, indépendamment des trois autres conditions posées par la science et admises par tous les toxicologistes : *symptômes*, *altérations d'organes*, et *analyse chimique*, sans que jamais celle-ci puisse remplacer l'expérimentation animale.

Conformément à cette doctrine, il a combattu les conclusions d'un rapport de MM. Tardieu et Roussin, concluant à l'empoisonnement, et est parvenu ainsi, en motivant fortement son

opposition, à faire rendre une ordonnance de non-lieu. (*Ann. d'hygiène publique*, juillet.)

Telle était la doctrine d'Orfila, car, M. Gallard l'ayant accusé de ne s'être placé qu'au point de vue chimique en demandant à l'expert la démonstration chimique du poison, M. L. Orfila son neveu a montré par les extraits suivants de sa *Toxicologie* qu'il n'avait pas été aussi exclusif : « Quant à moi, dit-il, tout en assignant à ces symptômes et à ces lésions un rang *secondaire*, j'ai constamment voulu qu'on en tînt grand compte, comme on peut le voir dans mes écrits; mais je n'ai jamais commis la faute de les considérer comme des éléments ayant la même valeur que celui qui est fourni par l'existence du poison. » (T. I, p. 10, 5[e] édition). Il renouvelle les mêmes recommandations avec plus de netteté, en ajoutant : « Il nous faut donc, pour conclure à une intoxication, d'autres éléments de conviction que ceux fournis par la chimie; la pathologie revendique, à juste titre, une grande part dans la solution de ce problème, et ceux-là se trompent qui imaginent ne pouvoir considérer que comme un léger accessoire l'ensemble des symptômes éprouvés par les malades. » (T. II, p. 901.) Et plus loin : « On me demandera peut-être quelle doit être l'attitude de l'expert consulté sur un cas d'empoisonnement, lorsque le poison a été complétement expulsé des voies digestives, et que déjà la portion absorbée a été éliminée par l'urine ou par d'autres voies d'excrétion, ou bien quand il n'en reste que des traces. S'il lui est impossible de déceler la substance vénéneuse, dira-t-il que l'empoisonnement n'a pas eu lieu? Il s'en gardera bien; il devra, avant de se prononcer, examiner attentivement toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné la maladie, ainsi que la nature des lésions cadavériques qui auront été constatées, les symptômes observés, la marche et la durée de l'affection; le mode de traitement employé, et les altérations de tissus, lui permettront, dans certains cas, d'*élever des doutes* ou d'*établir des probabilités* sur l'existence d'un empoisonnement, et de fournir par là à l'instruction un élément important. » (*Ibid.*, p. 950 et 951.) (*Soc. méd. d'émulat.*, avril.)

C'est donc plutôt de nos jours que l'on pourrait reprocher l'excès contraire des réactions physiologiques, qui sont devenues une nécessité devant l'usage des alcaloïdes végétaux.

Das Microscop in Toxicologie (Le Microscope en toxicologie),

par le docteur Helwig (de Mayence), avec planches photographiques.

Afin de suppléer aux réactions chimiques quand la matière est en trop faible quantité, l'auteur a consigné ici le résultat de ses études microscopiques sur les principaux alcaloïdes végétaux et les poisons minéraux les plus usités ; leur solubilité dans l'eau, l'alcool aqueux, amylique et le benzol ; la forme des résidus et leurs changements en présence de certains réactifs; recourant pour quelques substances à la sublimation, et dans quelques cas, à la lumière polarisée.

Les matières employées sont vraiment imperceptibles ; chaque solution ne contient ordinairement qu'un centième de grain par goutte et souvent moins ; pour la strychnine en particulier, cette proportion doit être réduite de moitié, pour obtenir une image nette.

Les résultats sont variables. L'atropine et l'aconitine ne donnent pas de réactions bien tranchées, tandis que la digitaline et le chlorhydrate de conicine en fournissent de très-nettes. Parmi les poisons métalliques, l'acide arsénieux offre sous le microscope des caractères d'une sensibilité extrême. Il se sublime très-facilement, ce qui le sépare déjà de tous les autres poisons, à l'exception du bichlorure de mercure ; mais il se distingue de ce dernier par sa cristallisation en octaèdres réguliers. La tache arsenicale de l'appareil de Marsh, examinée sur un verre porte-objet, avec un grossissement de 300 diamètres, est composée de deux éléments distincts. Au centre se trouve une couche serrée de granulations arrondies, nettement délimitées, à éclat métallique ; plus en dehors, ces formations sont de plus en plus rares, mais entremêlées de cristaux d'acide arsénieux ; caractère suffisant pour différencier la tache arsenicale de la tache antimoniale. Les particules métalliques de celle-ci n'ont presque pas d'éclat, sont à contours vagues, et ne renferment pas trace de matière cristalline. Si l'on chauffe avec précaution la tache arsenicale, on sublime d'abord tout l'acide arsénieux, que l'on retrouve cristallisé sur le verre superposé, et la tache elle-même n'offre aucune modification à l'œil nu. En continuant à chauffer, elle finit par disparaître entièrement. La tache antimoniale, au contraire, traitée de la même manière, ne se volatilise pas, à moins qu'elle ne contienne de l'arsenic, qui se sépare par sublimation. Le bichlorure de mercure est caractérisé par sa solubilité, sa forme cristalline, sa réduction

par un fragment de limaille de zinc, et ses réactions avec l'iodure de potassium et la potasse caustique.

Reste à savoir quels seront les résultats si, au lieu de dissolutions chimiquement pures, on agit sur des liquides extraits d'organes empoisonnés, et pouvant renfermer à la fois plusieurs substances toxiques. De nombreuses expériences restent encore à faire, pour établir définitivement quelle est l'étendue des services que le microscope peut rendre au chimiste expert; mais celles-ci ont élargi l'horizon de la science, et créé de nouvelles ressources pour le médecin légiste.

Un fait récent montre l'heureuse application de ce nouveau moyen d'expertise. Une hachette qu'on pensait avoir servi à la perpétration d'un meurtre fut confiée à l'examen du docteur Herapath. Aucune tache ne pouvait être constatée sur le fer; le manche fut examiné avec le plus grand soin. M. Herapath enleva de petites écailles de la portion qui avait été en contact avec l'anneau métallique, et constata, à l'aide du microscope, que la plupart des taches qu'il observait étaient produites par de l'oxyde de fer; quelques-unes étaient dues à du sang coagulé, et d'autres fragments de bois étaient infiltrés par la matière colorante du sang, modifiée par l'eau de lavage. Sur plusieurs portions du manche, l'expert découvrit des globules de sang, et les ayant mesurés à l'aide du micromètre, il reconnut qu'ils avaient exactement les mêmes dimensions que des globules de sang humain desséché qu'il examina par le même procédé. Il détacha ensuite du manche de la hache une plus grande quantité de fragments de bois colorés, les plongea dans l'eau distillée, et obtint ainsi une solution légèrement rougie qui, après avoir été filtrée, se trouva toute prête, soit pour être analysée chimiquement, soit pour être examinée à l'aide du microspectroscope. Ce dernier essai démontra la présence évidente du sang dans la liqueur, car le spectre fut altéré, et deux raies noires se produisirent dans les rayons verts et sur la limite des rayons jaunes. Il n'y a qu'une seule substance autre que le sang qui puisse déterminer l'apparition de deux raies noires, c'est la cochenille dissoute dans l'ammoniaque; mais la position occupée par les raies n'est pas celle qui vient d'être indiquée. L'analyse chimique établit aussi l'existence du sang dans le liquide, et grâce à ces trois épreuves confirmatives l'une de l'autre, l'expert put déclarer que le manche de la hachette était taché de sang, et probablement de sang humain, quoiqu'il n'osât l'affirmer

formellement. On comprend toute l'importance d'une pareille déclaration, quand elle est corroborée par d'autres témoignages. (*Edinb. med. Journ.*, avril.)

Toxicologie comparée. Un mélange d'équivalents égaux de chlorate de potasse et d'iodure de potassium donné à des chiens, dit M. Melsens, les fait rapidement dépérir et même mourir. D'où cet énoncé, que deux sels, sans action mutuelle, peuvent être donnés isolément à des animaux, et continués l'un après l'autre pendant longtemps, sans que leur santé soit altérée, tandis que leur mélange tue ces animaux parfois très-rapidement. Outre la question physiologique, il y a de ce fait une application immédiate à l'art de guérir et de formuler, c'est-à-dire que des médicaments inoffensifs par eux-mêmes deviennent délétères sous l'influence d'autres médicaments inoffensifs. (*Acad. des sc.*, août.)

TRACHÉOTOMIE. Pratiquée dans la période extrême du croup, elle a donné des succès vraiment surprenants à M. E. Moynier : sur 18 trachéotomies, il compte 12 guérisons et 6 morts, soit 75 pour 100 de succès (*Union méd.*, n°s 6, 8). L'opération perd ainsi beaucoup de sa gravité.

Dilatation de la plaie. Après les nombreux instruments déjà inventés à cet effet pour faciliter le placement de la canule, qui est fort difficile, M. Worthington, interne à Middlesex's Hospital, adapte un conducteur d'acier au scalpel ou au bistouri. Placé sur le dos de la lame qui le dépasse un peu, il s'en détache en pressant sur un bouton ; on le fait glisser ainsi dans l'ouverture, tout en retirant l'instrument tranchant dès qu'il a pénétré dans la trachée, et dès lors la canule se place facilement. (*Med. Times*, juillet.)

Nouveau trocart trachéotome. Proposé par M. Rizzoli, il se distingue de ceux connus jusqu'ici par les particularités suivantes : La canule est fendue sur l'un de ses bords, à partir de son ouverture terminale; cette fente est destinée à loger une petite lame en forme de lancette, dont la tige du trocart est munie. Le trocart, agissant ainsi par le mécanisme de l'instrument piquant, en même temps que par celui de l'instrument tranchant, pénètre avec plus de facilité dans les tissus. Un

vide ou canal laissé entre la canule et la tige du trocart, vide par où l'air peut sortir, indique à l'opérateur qu'il pénètre dans la trachée et que la pointe de l'instrument ne s'est pas égarée. Employée sur un enfant atteint de croup, l'opération a eu lieu avec une simplicité qui permettrait presque de l'appeler *non sanglante*. L'espace compris entre le troisième et le quatrième anneau, point où la trachée, sans être encore située profondément, n'est pas couverte de vaisseaux trop nombreux, paraît à M. Rizzoli le point préférable pour la ponction (*Bull. delle sc. med.*, février). Simplification imitée de celle de M. Maisonneuve : réussira-t-elle mieux que l'original?

De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte et la laryngite nécrosique, thèse inaugurale, par M. le docteur Obédénare; un vol. in-8°. — Ce travail se résume ainsi :

« Dans toutes les affections du larynx et du pharynx, il peut survenir un œdème de la glotte, brusquement, sans période prodromique appréciable, pendant que l'individu se trouve dans un état de santé en apparence satisfaisant.

» La laryngite œdémateuse peut conduire le malade, même sans accès de dyspnée bien notable, à une mort imminente.

» C'est surtout dans la convalescence de l'entéro-mésentérite typhoïde et de la variole que l'œdème de la glotte peut surprendre le malade, alors qu'on s'y attend le moins. La mort, en pareil cas, est presque certaine.

» Grâce à la trachéotomie, on a sauvé 56 malades sur 100 qu'on a opérés, et encore il est très-probable que le chiffre des succès eût été plus considérable si les règles de l'art eussent toujours été observées.

» Ce chiffre paraît encore plus satisfaisant quand on pense que bon nombre de malades ont été enlevés par des cachexies ou des maladies graves, comme le cancer, la tuberculisation, l'entéro-mésentérite typhoïde, la pleurésie, la gangrène pulmonaire, etc.

» Il faut donc que le médecin se tienne toujours prêt à opérer toutes les fois qu'il se trouvera en présence d'un œdème de la glotte.

» Que la canule soit suffisamment large et qu'on surveille avec une attention extrême le changement du tube métallique. »

TRANSMISSION. Sur la proposition de la *Société impé-*

riale de médecine de Lyon d'étudier, comme sujet de prix, la transmission des maladies de la mère au fœtus, et réciproquement, un double mémoire s'étant présenté au concours, le rapporteur, M. Perroud, a résumé avec exactitude les connaissances acquises sur ce sujet et les a exposées, résumées dans son rapport, qui reste, à cet égard, un véritable document à consulter au besoin sur ce sujet encore si obscur. (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 7.)

TRÉPANATION. — Voy. Dents, Étranglement, Fractures du rachis.

TRICHINOSE. Sur la menace de voir la Belgique envahie par cette redoutable maladie parasitaire, l'Académie de médecine de Bruxelles, consultée par le gouvernement, a résolu, après discussion, de lui recommander comme mesures préventives :

1° L'emploi du microscope dans les villes qui possèdent des abattoirs.

2° L'abstention de la viande de porc crue et de n'en faire usage que bien cuite.

3° A recommander aux cultivateurs de tenir les étables de porcs dans le plus grand état de propreté possible, et à donner une bonne nourriture à ces animaux. (*Bull. de l'Acad.*, mars.)

Au contraire, l'Académie de médecine de Paris, sur le rapport conforme de M. Delpech, envoyé en mission en Allemagne, avec M. Reynal, pour étudier sur les lieux mêmes cette maladie, l'Académie, dis-je, a adopté les conclusions suivantes :

1° Les appréhensions qui se sont développées à l'occasion des épidémies de trichinose signalées en Allemagne n'ont été justifiées jusqu'à ce jour par aucun fait observé en France.

2° La cuisson de la viande de porc, portée habituellement beaucoup plus loin dans notre pays, explique et maintient cette immunité, et il y a plus que jamais lieu d'insister sur le conseil de persister dans cette salutaire coutume.

3° En l'absence de toute épidémie et même d'observations isolées de trichinose, il n'y a pas lieu d'organiser un système spécial de mesures d'hygiène publique, et en particulier d'instituer une inspection générale et obligatoire des viandes de porc par le microscope.

Toutefois il ne serait pas sans utilité d'établir, dans un but

d'étude ou d'examen, un service d'inspection dans quelques villes pourvues d'abattoirs, pour constater d'une manière formelle et par des relevés statistiques l'existence, l'absence ou la proportion de la trichinose dans la race porcine.

4° Certaines conditions d'élevage et de soins spéciaux pouvant exercer, sur le développement de la trichinose chez le porc, une grande influence, il y aurait lieu de répandre, par des circulaires dans les populations agricoles, la connaissance des précautions à prendre pour les en garantir.

Histoire naturelle et médicale de la trichine. Recherches sur l'ancienneté de la maladie produite par cet entozoaire; symptômes, diagnostic et traitement de la trichinose, par M. le docteur Van den Corput, médecin à l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles, etc., etc. Brochure in-8°. (Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, Bruxelles.)

TROCART. — Voy. Thoracocentèse.

TROCHOCARDIE. Variété non décrite de déplacement du cœur, observée et signalée par M. le docteur Alvarenga. — Voy. Cœur.

TUBERCULE. Étiologie. Suivant le docteur Dobell, la tuberculose est due au défaut d'action du pancréas sur les substances grasses. Portée ainsi dans l'intestin sans être convenablement émulsionnée, la graisse n'est qu'imparfaitement digérée, absorbée par l'intestin, et le sang est ainsi privé de ce principe essentiel pour la parfaite comburation des autres. De là un défaut d'équilibre dans l'assimilation, et bientôt l'amaigrissement par l'absorption de la graisse des tissus albumineux, qui se trouvent ainsi dissociés. Or, cette *désintégration* donne lieu au tubercule naissant; ce procédé morbide est la tuberculisation. De là le traitement de l'auteur par l'ingestion de la graisse. (Voy. année 1865, p. 567.) (*British med. Journ.*)

Où et comment le pathologiste anglais a-t-il observé, vérifié ces profonds mystères de l'organisme? Est-ce par le succès de son traitement? *That is the question.*

On the nature, cause and treatment of Tuberculosis (Nature, cause et traitement du tubercule), par M. le docteur Horace

Dobell, médecin de l'infirmerie royale, pour les maladies de la poitrine, 84 pages in-8°. Londres.

De la tuberculisation en général, par M. le docteur Peter, in-8°, thèse de concours pour l'agrégation. Paris.

Tubercules des ganglions bronchiques. A propos de deux cas observés chez l'adulte, M. Daga s'est livré à une analyse synthétique complète de la question, en rappelant tous les documents qui peuvent l'éclairer. Au point de vue du diagnostic surtout, cette étude présente un véritable intérêt. (*Mém. de méd. et chir. militaires*, juin.)

Tubercules du cervelet. — Voy. CERVELET.

TUMEURS. Bien différent du sens attaché à ce mot avant l'emploi du microscope, il est aujourd'hui synonyme de néoplasme, néoplasie, pseudoplasme, désignant toute production accidentelle d'un tissu nouveau développé en masse sur un point quelconque de l'organisme. Ainsi s'exprime M. le professeur Michel dans sa leçon d'ouverture sur l'origine, le développement et la classification des tumeurs, à propos des ouvrages de MM. Virchow et Broca sur ce sujet. Après une revue historique, complète, empruntée à ces deux ouvrages, il les distingue par la différence même des doctrines qu'ils représentent : M. Broca adoptant la plus ancienne, que toute cellule procède d'une substance amorphe ou blastème par une sorte de génération spontanée ; Virchow préférant admettre que la cellule primitive, celle du tissu conjonctif surtout, produit les autres d'après la loi du développement continu. Malgré quelques réserves, M. Michel, après un examen clair et savant de ces deux doctrines en présence, adopte la dernière ; le blastème spécifique sur lequel l'autre repose n'étant pas du domaine de l'observation, ne pouvant se démontrer même au microscope et n'étant que la reproduction rajeunie de la doctrine de Hunter, doctrine ruinée par l'identité des éléments microscopiques qui composent les différentes néoplasies.

C'est ainsi que restant exclusivement sur le terrain histologique, M. Michel repousse toutes les classifications précédentes, même celle de Virchow, à cause des sous-divisions de cancer, sarcome purement clinique, et s'en tient à la suivante :

1° Tumeurs formées par le sang	extravasé en totalité. .	Anévrysme disséquant. Hématome.
	exsudé dans sa partie séreuse.	Hydrocèle. Épanchements de la plèvre, péritoine et péricarde. Hydrocéphale. Hydrorachis. Ganglions. Hygromes.
2° Tumeurs produites par sécrétion		Kystes.
4° Tumeurs formées par l'agencement de plusieurs tissus.		Papillomes. Tumeurs érectiles.
3° Tumeurs dues à la prolifération avec atrophie ou hypertrophie des éléments, et à des degrés variés de développement des os.	Tissu fibreux.	Cellules. Fibres.
	— cartilagineux . . .	Cellules.
	— graisseux	Cellules.
	— épithélial.	Cellules.
	— lymphatique. . . .	Cellules.
	— médullaire des os .	Cellules.
	— glandulaire	Cellules closes. Tissus c'os.
	— osseux.	Cellules des os.
	— musculaire.	Fibres striées. Fibres lisses.

(*Gaz. méd. de Strasbourg*, juin.)

C'est donc là une classification purement histologique, d'après laquelle bien souvent on ne saurait où placer telle tumeur pathologique à éléments multiples.

Pathologie des tumeurs, cours professé à l'université de Berlin, en 30 leçons, par le professeur R. Virchow; traduit de l'allemand par P. Aronssohn, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin adjoint des hôpitaux. Un volume grand in-8° de 544 pages avec 107 figures intercalées dans le texte. Librairie *Germer Baillière.*

Ouvrage des plus savants, dont l'analogue ne se trouvait pas dans la littérature médicale française, en ce qu'il embrasse toutes les découvertes micrographiques et histologiques, en tient compte et se trouve parfaitement ainsi au courant de la science sur ce sujet. En montrant toute l'étendue des connaissances de l'illustre professeur de pathologie et de thérapeutique générales, ce livre est l'exposé d'une doctrine tout opposée à celle qui repose sur les antiques traditions de la pathologie humorale, et dont le traité de M. Broca, le plus récent sur la matière, porte encore une si profonde empreinte. C'est dire que

celui-ci en diffère complètement par le fond et la forme. Ici ce n'est pas un traité classique, mais une exposition *ex professo* d'idées, de faits, de doctrines neuves, originales, montrant le sujet sous un tout autre point de vue qu'on ne l'avait envisagé jusqu'ici, avec la discussion des idées, des théories contraires. Après des considérations générales sur la nomenclature, la synonymie, les caractères, la physiologie, l'étiologie, la pathogénie des tumeurs, il pose les bases de sa nouvelle classification, qu'il divise ainsi :

1° *Tumeurs sanguines* (hématomes) sous les trois formes principales de cystiques, solides et polypeuses.

2° *Tumeurs aqueuses* (hydrocèles), comprenant toutes les variétés selon le siége, les hygromes ou ganglions et les hygromas.

3° *Tumeurs par rétention*, comprenant les kystes folliculaires, athéromes, kystes muqueux, etc.

4° *Tumeurs proliférantes* divisées en fibromes, lipomes, myxomes, chondromes, et leurs nombreuses variétés.

Dans la description de ces formes, dont le nombre se divise et se subdivise à l'infini en variétés, genres, espèces, distingués par un ou plusieurs adjectifs, suivant la forme, le contenu ou la composition anatomique des tumeurs, toujours un exemple type le plus souvent éclairé d'une figure, d'une planche, d'après une pièce anatomo-pathologique, en offre la démonstration. Toute assertion est appuyée d'indications bibliographiques des meilleurs auteurs de tous les pays. Cette division extrême est le résultat de la non-admission des tumeurs composées des anciens auteurs, et qui sont ainsi réparties dans les différentes classes et sous divers titres, suivant leur connexité avec le type principal. Mais cette infinité de détails, de rapports, d'analogies ou de différences, qui sous la plume de tant d'auteurs, engendrerait la confusion, la prolixité, ne nuit nullement ici à l'élucidation du sujet. Tout est si intéressant, exposé et exprimé si clairement, que le lecteur comprend sans effort, poursuit sans fatigue ce sujet d'ordinaire si aride et rebutant.

Sans discuter sur le fond du livre, on peut prévoir que la forme seule en fera la fortune près de tous les médecins qui désirent s'instruire sur une classe de maladies tenant une si grande place dans le cadre pathologique.

Tumeurs hétéradéniques. Comme il l'avait prévu, M. Ordonez s'est convaincu, par les réactions que donne le tissu de

ces productions morbides, qu'elles se composent d'éléments organiques végétaux. Elles seraient ainsi le résultat de l'accroissement ou de la multiplication d'un champignon ou d'une algue microscopique. (*Acad. des sc.*, juin.)

Tumeurs malignes. *Injections sous-cutanées.* Afin de mettre les médicaments en contact direct avec les tissus et les liquides morbides, afin de détruire ceux-ci, les annihiler ainsi sans inflammation ni gangrène, Thiersch a pratiqué ces injections avec une solution de nitrate d'argent et une autre de chlorure de soude, afin de déterminer la formation d'un chlorure d'argent. Faites à dix minutes d'intervalle l'une de l'autre, ces injections, au nombre de vingt autour de la tumeur et de quinze au centre, ne déterminèrent d'abord que du gonflement, de la dureté; mais en rendant progressivement les solutions plus intenses, la suppuration survint, la tumeur s'ulcéra, et malgré un aspect satisfaisant, la résorption purulente enleva le malade. (*La Medicina*, juin.)

Devant un tel résultat, ce procédé nouveau ne doit donc être répété qu'avec circonspection. Il ne résout pas la question de savoir s'il vaut mieux procéder de dedans en dehors que de dehors en dedans, pour la destruction de ces tumeurs.

Tumeurs abdominales. Diagnostic différentiel. A l'occasion d'une ovariotomie et d'une ascite par corps fibreux de l'utérus, M. le professeur Desgranges, de Lyon, a tracé le tableau suivant pour le diagnostic de ces tumeurs :

Ascite: Développement abdominal général, uniforme ; — matité aux parties déclives ; — sonorité aux parties élevées ; — forme variable suivant les attitudes ; — ondulation.

Kyste uniloculaire : Tumeur globuleuse plus ou moins arrondie, proéminente ; — flancs peu saillants, fréquemment sonores ; — ombilic mat ; — même forme en diverses positions ; — fluctuation évidente.

Kyste multiloculaire : Tumeur plus ou moins arrondie, lobulée ; — sillons, sinuosités ; — fluctuation peu marquée ; — quelques masses solides.

Cystosarcome : Ressemble aux kystes ; — mais tumeur bosselée, dure ; — fluctuation nulle.

Adhérences : Kyste peu mobile ; — parois abdominales peu mobiles ; — utérus peu mobile (?) ; — douleur localisée, variant suivant les attitudes.

Grossesse : Suppression des règles ; — tumeur médiane, globuleuse, régulièrement progressive ; col utérin ramolli ; — ballottement ; — mouvements du fœtus à quatre mois et demi ; — battements du cœur fœtal.

Môle hydatique : Tumeur globuleuse, médiane ; — développement plus rapide ; — col ramolli ; — ni ballottement, ni mouvements, ni battements cardiaques.

Hydrométrie : Tumeur globuleuse ; — col ramolli ; — fluctuation ; — ni ballottement, ni mouvements, ni battements ; — expulsion de liquide.

Grossesse extra-utérine : Tumeur abdominale irrégulière, bosselée ; — mouvements ; — col utérin peu ou pas modifié.

Hématocèle rétro-utérine : Apparition à une période menstruelle ; — pâleur, affaiblissement ; — douleur pelvienne ; — tumeur hypogastrique, vaginale ; — fluctuation au début ; — dureté plus ou moins grande ensuite ; — développement en quelques jours.

Corps fibreux utérin : Tumeur dure, bosselée, tenant à l'utérus ; — déformation de l'organe.

Tympanite : Distension générale, rapide de l'abdomen ; — sonorité ; — fréquemment accidents généraux.

Tumeurs fibro-plastiques (mésentère, épiploon) : Masses irrégulières, plus ou moins volumineuses ; — ascite.

Squirrhe du pylore : Tumeur épigastrique.

Anévrysme aortique : Tumeur pulsatile ?

Abcès par congestion : Dans la fosse iliaque, à la cuisse ; — fluctuation ; — douleur spinale ; — globosité.

Tumeurs hépatique, splénique, rénale, cæcale : Développement sur l'organe. (*Journ. de méd. de Lyon*, novembre.)

Tumeur dermoïde du crâne. Congénitalité. Beaucoup de tumeurs que l'on rapporte à tort à une époque plus ou moins avancée de la vie, à la loi d'*hétérotopie plastique*, sont congénitales, suivant M. Giraldès. Les plus fréquentes se rencontrent dans les régions de la tête et du cou, comme il en fournit un exemple dans l'observation suivante, recueillie à l'hôpital des Enfants.

Une petite fille âgée de trois mois, bien constituée, portait une tumeur comme un œuf de pigeon au niveau de la fontanelle antérieure. Sans battements ni oscillation, elle était transparente, surtout à la lumière. On crut donc à un cas rare de méningocèle. Des ponctions avec une épingle, puis avec un trocart fin, en donnant issue à un liquide clair comme de l'eau de roche, identique avec celui du spina-bifida, d'un goût salé, donnant un précipité blanc caillebotté de chlorure d'argent, ne pouvaient que confirmer ce diagnostic.

Cependant, après six ponctions répétées de huit en huit jours, suivies d'une couche de collodion sur la tumeur, et de la compression avec une pelote d'ouate, le volume n'avait pas diminué, non plus que la transparence de la tumeur ni du liquide. Mais après un intervalle de six mois, durant lequel l'enfant eut la rougeole, cette tumeur avait augmenté et perdu sa transparence. Une nouvelle ponction donna un liquide rougeâtre, un peu plus épais, mélangé de grumeaux blancs, composés d'éléments épithéliaux avec des paillottes de cholestérine, et fut suivie d'inflammation. Il fallait donc recourir à un autre procédé. Confiant dans le diagnostic, le chirurgien résolut d'isoler la tumeur du cuir chevelu et de la lier à la base dans une anse de fil métallique, en suivant pour le surplus les indications.

L'enfant chloroformisée, la dissection du cuir chevelu mit à nu une membrane fibreuse à reflets bleuâtres, simulant la dure-mère. La surface étendue de la base n'admettant pas la ligature, une large incision donna issue à un liquide rougeâtre, mélangé de grumeaux blancs, très-nombreux. La face interne

de cette poche était blanchâtre, granuleuse; les parois, épaisses de plus d'un millimètre, étaient constituées par une série de cristallisations parsemées d'un duvet blanc à filaments assez longs, sans communication avec la cavité crânienne. C'était donc un magnifique exemple de kyste dermoïde, unique en son genre, par le liquide qu'il contenait.

Il s'agit dès lors d'exciser complétement cette membrane reposant sur la fontanelle. Le lambeau du cuir chevelu fut remis en place, et se cicatrisa parfaitement à l'aide d'une douce compresse.

L'examen anatomique montra en effet un kyste constitué par deux membranes bien distinctes : l'interne, de nature cutanée; l'externe, de nature fibreuse. Un examen microscopique en confirma tous les détails morphologiques. (*Gaz. méd. de Paris.*)

Tumeurs fibreuses. — Voy. DISTOCIE.

Tumeur unguéale. — Voy. ONGLE.

Tumeur du testicule. — Voy. TESTICULE.

Tumeur blanche. — Voy. IMMOBILISATION.

TYMPANISME. — Voy. PLEURÉSIE, PNEUMONIE.

U

ULCÈRES. **Ulcères torpides.** Au lieu de chercher à les modifier avec des topiques excitants, comme on le faisait autrefois, le docteur Nunn a recours à un moyen d'une action générale : l'*électricité localisée*. Employée sur quatre de ses malades à l'hôpital Middlesex, elle a amené promptement la guérison. Ainsi, chez un homme de vingt-quatre ans, atteint d'un fongus du testicule gauche, suite d'un abcès scrofuleux, donnant lieu à un écoulement de sérosité purulente par une ouverture circulaire du scrotum, il suffit d'appliquer chaque matin un courant faible d'un seul élément pendant quatre minutes, pour que l'aspect se modifiât au bout de peu de jours. Des lotions avec une solution faible de nitrate d'argent furent faites ensuite pour réprimer les végétations luxuriantes des bords de l'ulcère, qui était cicatrisé le vingt-cinquième jour.

Un enfant scrofuleux de trois ans, malgré les moyens internes et l'emploi local de la pommade iodurée, ne pouvait se débarrasser d'une plaie fistuleuse avec gonflement à la partie interne du pied, entretenu par la carie d'un os cunéiforme; il suffit de recourir au galvanisme, trois fois par semaine, pour voir diminuer la rougeur et la quantité de l'écoulement. Après un mois d'usage, ce conduit fistuleux était fermé.

Un garçon de vingt-deux ans fut reçu le 12 décembre pour une plaie atonique au tiers supérieur de la cuisse droite, survenue après un gonflement persistant de cette partie. Atteint depuis huit ans de douleurs rhumatismales, il portait une gibbosité de la région lombaire. Le courant galvanique, dirigé de la cuisse à la colonne vertébrale, deux fois par semaine, tarit cette plaie fistuleuse, qui était presque fermée, lorsque le malade sortit.

Malgré l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue, un enfant de quatre ans ne pouvait être guéri d'ulcères superficiels, scrofuleux, au dos de la main droite, au pied et à la face. L'application du galvanisme à ces sinus fistuleux durant quatre minutes, deux fois par semaine, les tarit et les cicatrisa en un mois. (*Lancet*, juillet.)

Est-ce à dire que le galvanisme ait été ici le seul moyen d'action? On ne saurait l'admettre d'après cette relation écourtée. Les autres moyens ont certainement concouru à la guérison, si tant est qu'elle ait été définitive dans ces quatre cas, ce qui semble douteux. Autrement, il faudrait préconiser le galvanisme comme agent curatif de la scrofule.

Ulcère de l'estomac. *Hématémèse mortelle.* Un homme de soixante-trois ans fut reçu à *Guy's Hospital*, le 20 septembre, dans le service de M. Pavy. Malade depuis huit semaines, il avait rendu une grande quantité de sang. Constipation opiniâtre ensuite, sans qu'aucune tumeur ni douleur pût être perçue. Il se plaignait seulement de digestions difficiles, de flatulence et de besoins de manger. Le 20 octobre, il succomba soudainement, après un vomissement abondant de sang.

A l'autopsie, extrême anémie du cerveau, mucus noirâtre abondant dans les bronches jusqu'aux quatrièmes divisions; poumons noirâtres, avec œdème à gauche; ventricule gauche du cœur contracté et diminution, atrophie de sa cavité.

Au contraire, l'estomac était très-dilaté et contenait environ

une livre de sang noir coagulé. Un ulcère circulaire de trois pouces et demi anglais de diamètre s'étendait vers la petite courbure, et plutôt en arrière qu'en avant. Deux perforations existaient : l'une, large comme une pièce de quatre sous, était bouchée, fermée par le foie, dont la substance n'était pas érodée; l'autre, plus grande qu'un *shilling*, était fermée par le pancréas. Les tissus correspondants du foie et du pancréas étaient comme indurés. A la partie supérieure de la plaie pancréatique était une tache noirâtre sur l'artère splénique, perforée transversalement dans une étendue d'un pouce et demi anglais. La branche cardiaque de l'artère gastrique passait non loin à gauche. La pylorique se trouvait au fond de l'ulcération et était sans doute la cause des hémorrhagies. (*Med. Times and Gaz.*)

Ulcère perforant de l'estomac et du duodénum. *Signe pathognomonique.* Suivant le docteur Larghi, de Vercelli, c'est le son, le bruit d'un liquide perceptible à l'oreille appliquée sur le ventre du malade, au-dessus de l'ombilic. On entend, dit-il, le liquide tomber goutte à goutte dans la partie inférieure de l'abdomen, en produisant le bruit d'une goutte d'eau qui tomberait dans un vase demi-plein. Il résonne distinctement à l'oreille, et ne s'oublie plus, une fois qu'on l'a entendu. Il dit l'avoir constaté dans plusieurs cas. (*Ann. univers. di med.*, mars).

On comprend qu'il faut s'y prendre de bonne heure pour saisir et entendre ce bruit; une péritonite doit rapidement s'en suivre quand il se produit, et enlever les malades.

Ulcères variqueux. — Voy. VARICES.

URÉE. Outre la diffusion de cette substance dans les liquides de l'organisme humain à l'état sain, M. Lefort l'a constatée dans le lait des animaux herbivores en parfait état de santé. En soumettant huit litres de petit-lait, provenant de deux vaches, à l'évaporation jusqu'à consistance sirupeuse et ensuite à divers réactifs, ce chimiste distingué a obtenu un gramme et demi de nitrate d'urée facilement reconnaissable à la forme de ses cristaux, et à sa combinaison insoluble avec le nitrate de bioxyde de mercure. (*Journ. de pharm. et de chimie*, mars.

URÈTHRE. *Tumeurs vasculaires.* Signalées comme nouvelles par M. Raciborski, elles sont situées à la partie anté-

rieure de l'urèthre chez la femme, peu volumineuses, très-vasculaires, et rappellent la consistance d'une tumeur hémorrhoïdale enflammée. Douloureuses, elles réveillent des épreintes et des douleurs de voisinage très-vives dans l'abdomen, au point d'impressionner vivement celles qui en sont atteintes. L'excision, les scarifications et l'écrasement en sont le meilleur traitement. (*Acad. de méd.*, juin.)

L'auteur n'aurait-il pas confondu ici les polypes, les fongus, qui ressemblent assez à la description précédente, comme nous en avons observé quelques cas?

Polype prostatique. — Voy. POLYPES.

Ectopie des conduits excréteurs. D'après un nouveau fait observé anatomiquement par le professeur Luschoa, de l'ouverture sur le dos de la verge du conduit prostatique, étayé de ceux observés sur le vivant qui existent dans la science, M. Verneuil en conclut que, par anomalie, des orifices distincts du canal de l'urèthre peuvent se rencontrer à côté, au-dessus, au-dessous, conduisant directement aux glandules uréthrales, aux vésicules séminales, à la prostate, et donnant lieu seulement à l'excrétion du fluide propre à ces organes (*Arch. de méd.*, juin). D'où il suit qu'il faut les examiner avec soin pour les distinguer des fistules uréthrales, de la perméabilité des follicules uréthraux, etc.

Chute du canal. Bien que les ouvrages classiques et spéciaux en parlent à peine, cette affection n'est pas si rare qu'il semblerait d'après ce silence. M. Guersant, dans une pratique de vingt ans, en a observé 12 à 15 cas, soit à l'hôpital, soit en ville, sur de petites filles de deux à douze ans. Des efforts réitérés de toux ou de défécation, ou la débilité générale, lui ont paru en être les causes ordinaires.

Elle existe souvent sans que les enfants se plaignent. Des envies fréquentes d'uriner, avec chaleur lors de l'émission, en sont à peu près les uniques symptômes au début. A l'examen, la vulve est plus colorée que d'habitude ; le méat forme une petite tumeur rosée offrant une ouverture centrale qui admet la sonde et conduit dans la vessie. Avec le temps, elle augmente ordinairement de volume, donne une exsudation sanguine, puis purulente, et se sphacèle superficiellement en irritant de plus en plus les parties contiguës.

Cette affection ne peut guère être confondue qu'avec les polypes de l'urèthre. Le défaut de pédicule pénétrant dans le canal, un bourrelet, au contraire, entourant le méat, en sont les signes différentiels. Elle ne présente d'ailleurs d'autre gravité que de porter les enfants à se livrer à des attouchements par la démangeaison qu'elle provoque.

L'excision en est le meilleur et le plus sûr remède. L'enfant convenablement placée, il suffit d'anesthésier localement la partie, et en embrassant la portion prolabée dans une anse de fil ou avec le ténaculum pour l'attirer légèrement, des ciseaux courbes portés en arrière permettent de la reséquer d'un seul coup. Des topiques froids ou légèrement styptiques suffisent à réprimer l'écoulement du sang. Dans un seul cas, chez une fille de dix ans dont la tumeur saignante remontait à quatre ans, l'hémorrhagie résista au perchlorure, et ne céda qu'à l'application prolongée de vessies remplies de glace. (*Bull. de thér.*, octobre.)

URÉTHRITE. Uréthrite blennorrhagique chronique. *Vésicatoires.* M. Tarneau a traité avec succès par ce moyen, déjà vanté par plusieurs chirurgiens, deux blennorrhées datant une de deux ans, l'autre de six. Sur six uréthrites remontant à cinquante jours, il a obtenu quatre guérisons, et de onze gonorrhées arrivées au trente ou trente-cinquième jour de leur invasion, neuf ont guéri.

Ces résultats remarquables l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° L'application d'un vésicatoire de 2 centimètres de largeur, sur le trajet du canal de l'urèthre, est exempte de dangers sérieux, tels que la gangrène par exemple, ainsi que l'ont avancé des praticiens des plus distingués. Les seuls phénomènes que nous avons notés sont : une sensation assez gênante de chaleur le long de l'urèthre; quelques sécrétions, peu ou point incommodes ; un œdème plus ou moins prononcé du prépuce ; jamais d'ischurie, jamais de cystite cantharidienne, ni de strangurie. On comprend toutefois que chez certains sujets irritables l'action de la cantharide puisse s'exercer sur la vessie et déterminer une dysurie plus ou moins intense, mais celle-ci disparaîtra probablement dans les vingt-quatre heures. Nos malades ont tous été exempts de ces divers phénomènes et pas un ne s'est plaint sérieusement.

2° Le traitement de l'uréthrite chronique par le vésicatoire constitue à nos yeux une médication puissante et sérieuse, qui semble donner des résultats d'autant plus satisfaisants, que l'affection est plus ancienne. Elle mérite certainement de fixer l'attention des praticiens.

Injections amylacées. Ayant remplacé le sous-nitrate de bismuth par l'amidon chez des cuirassiers en traitement à l'infirmerie pour des uréthrites récentes et anciennes, M. Luc, médecin-major, fut agréablement surpris d'en obtenir du succès. Depuis quatre ans il n'a pas cessé d'en faire usage, ainsi que le professeur Michel (de Strasbourg), dans un service spécial de vénériens, et tous deux en ont obtenu les meilleurs résultats.

De la poudre impalpable d'amidon, réduite en bouillie assez claire pour être injectée avec de l'eau chaude à 20 degrés environ, sert à cet effet. Après des bains de siége pour calmer l'irritation locale, et de l'opiat astringent, ces injections sont employées à la dose de quatre par jour. On les emploie d'emblée dans l'uréthrite indolente.

Prises comme les injections de sous-nitrate de bismuth, celles d'amidon ont l'avantage d'être économiques, de pouvoir être employées facilement partout, sans danger des principes toxiques, comme le bismuth, et d'être complétement inoffensives. (*Mém. de méd. et chir. militaires*, septembre.)

URINE. Des expériences comparatives, faites par M. le docteur Squarey à l'hôpital de *University College* pour l'administration du café à doses croissantes, trois fois par jour et alternativement de semaine en semaine, il résulte que, ni la température animale, ni la quantité d'urée éliminée, ne sont augmentées notablement. La proportion des chlorures n'en paraît pas davantage influencée. (*Royal med. and chir. Society.*)

URTICAIRE. **Urticaire intermittente.** Quand elle se complique d'un état fébrile, elle peut se confondre avec lui au point de méconnaître quel est des deux le fait primordial, idiopathique. Les conditions endémiques et épidémiques dans lesquelles elle s'observe peuvent pourtant la faire distinguer, ainsi que sa physionomie particulière et l'état de la rate. Mais lorsque cette éruption se montre sans fièvre d'une manière intermittente, il n'y a pas lieu à erreur. C'est ainsi que M. Bour-

don en relate trois cas observés à Paris. Dans l'un, l'urticaire apparut trois jours de suite à sept heures quarante-cinq minutes du matin, sur les deux mains et les poignets, chez un jeune homme ; dans un autre chez une jeune fille : c'est à la face et à heure fixe le matin, que l'éruption se manifestait sans aucun trouble de la menstruation ni autre appréciable. Quelques doses de sulfate de quinine mirent fin à ces accès.

Chez une dame de quarante-quatre ans, l'apparition de l'exanthème fut précédée d'anxiété, d'oppression et autres accidents probablement occasionnés par le froid, et que des affusions froides redoublèrent. Le sulfate de quinine fut administré immédiatement, et l'accès ne se renouvela pas. (*Soc. méd. des hôpit.*)

Est-ce à dire que le sulfate de quinine soit toujours nécessaire pour mettre fin à ces éruptions intermittentes, comme le croit M. Bourdon ? Un fait observé par nous tendrait à nous faire répondre négativement. Dans l'été de 1864, un jeune professeur d'origine allemande nous fut envoyé de l'institution où il enseignait, pour une éruption ortiée qui venait de se montrer aux deux oreilles et aux deux angles du maxillaire, surtout à gauche. Il y avait un peu de céphalalgie et de rougeur de la face. Nous prescrivîmes simplement le repos au lit, des boissons chaudes et l'enveloppement des parties atteintes pour y maintenir la chaleur, et nous n'entendîmes plus parler du malade. Mais quel fut notre étonnement de le voir revenir quatre jours après avec les mêmes accidents, que les mêmes moyens firent de nouveau cesser. Nous n'avons plus revu ce malade que plusieurs mois ensuite, à la fin de l'automne suivant, pour constater tous les signes d'une tuberculisation du poumon droit. Le sulfate de quinine ne serait donc pas indispensable pour la cessation de ces éruptions intermittentes.

C'est tout le contraire pour la fièvre intermittente ortiée, comme il est tout rationnel de l'admettre et comme de nombreux faits en déposent. M. le docteur Allaire en rappelle ainsi un exemple à cette occasion, survenu à la suite de la coqueluche chez un enfant de 5 ans (*Gaz. des hôpit.*, n° 37). Mais de cette forme symptomatique, l'éruption peut souvent disparaître sans la quinine, à moins qu'elle ne tienne à une cause occulte, diathésique, rhumatismale ou autre. C'est ainsi que M. le docteur Dumontpallier a constaté l'éruption ortiée, par plaques disséminées sur toute la peau, chez une dame qui était

prise chaque nuit, vers les trois heures du matin, de démangeaisons tellement vives, qu'elle s'écorchait la peau. De son enquête pour en déterminer la cause, il résulte que cette dame était fille et petite-fille de rhumatisants, qui furent atteints d'urticaire. L'aîné, par exemple, ayant une diarrhée intermittente, qui se supprima par une émotion vive, eut aussitôt une urticaire. Le cadet la présenta aussi ; le troisième l'eut avec des névralgies, et le quatrième, âgé de deux ans, eut de la diarrhée suivie d'une urticaire.

Le grand-père était asthmatique ; la grand'mère avait eu des rhumatismes noueux, des accidents cardiaques et de l'angine de poitrine. En sorte que, sans avoir jamais présenté de rhumatismes articulaires aigus, cette famille n'en était pas moins atteinte de diathèse rhumatismale manifeste. D'où cette théorie, que l'urticaire est souvent une expression de la diathèse rhumatismale ou arthritique. (*Soc. méd. des hôpit.*)

L'intermittence peut provenir encore de causes accidentelles et inaperçues. Dans une famille composée de cinq personnes, la grand'mère ayant été atteinte d'un rhumatisme articulaire, M. le docteur Boem prescrit l'huile de foie de morue dans la convalescence. Quel ne fut pas son étonnement d'être appelé quelques mois après pour constater chez cette dame, son fils, sa femme et deux jeunes enfants, une affection de peau revenant toutes les nuits et causant des démangeaisons insupportables. C'était une urticaire bien caractérisée, qui résista à tous les bains et les soins hygiéniques. La diathèse rhumatismale ne pouvant être admise chez les quatre plus jeunes malades, M. Boem, en recherchant la cause de cette éruption intermittente, la trouva au fond d'une bouteille de pilules d'huile de foie de morue, qui exhalait une forte odeur de poisson pourri. La grand'mère, ayant trouvé commode de la prendre sous cette forme, en avait fait prendre au reste de la famille. Cette cause était si réelle, qu'il suffit de cesser l'usage de ces pilules pour voir disparaître l'urticaire. (*Gaz. des hôpit.*, n° 137.)

UTÉRUS. Amputation. Un nouveau succès de cette grave opération par la section abdominale a été obtenu par le docteur Storer (de Boston), en septembre 1865, sur une femme de quarante-sept ans, portant une énorme tumeur utérine, fluctuante sur certains points, résistante et solide sur d'autres, et qu'on supposait être une tumeur fibro-cystique, analogue à

celles décrites par West, Kiwisch et Paget. La vie de la malade était mise en danger par l'accroissement de la tumeur. M. Storer, après beaucoup d'hésitation, se décida à l'extirper en même temps que l'utérus. L'opération fut laborieuse et pleine de difficultés. Il fallut détruire, par le décollement et par l'incision, des adhérences nombreuses; une hémorrhagie en nappe força à laisser la plaie abdominale ouverte pendant trois heures; 2 livres 1/2 de chloroforme furent employées pour produire et entretenir l'anesthésie.

La tumeur entière pesait 37 livres, savoir : 8 pour la portion pelvienne, 16 pour celle de l'abdomen, et 13 pintes de liquide. L'aspiration du sang épanché dans le bassin avec une seringue, l'enlèvement des caillots avec une cuiller d'argent, puis avec une éponge, en démontrent assez la gravité.

Néanmoins l'opérée put sortir de son lit vingt-huit jours après l'opération. La guérison fut complète au bout de deux mois. (*Amer. Journ. of med. sciences*, janvier.)

Quoique la pratique toute récente de l'ovariotomie ait pu familiariser les chirurgiens anglo-américains avec cette grave opération, et les rendre plus hardis à la pratiquer, il n'en est pas moins vrai qu'elle fut proposée dès 1787, et exécutée pour la première fois en 1843 par M. Heath, de Manchester. M. Burnham, de Lowel (États-Unis), qui l'a pratiquée neuf fois, en a obtenu le premier succès en 1853. Suivant M. Kœberlé (de Strasbourg), qui l'a pratiquée cinq fois, il y en aurait 42 cas de connus, dont 8 guérisons, soit 81 pour 100 de mortalité ou 1 guérison sur 5 cas. (*Gaz. des hôpit.*, n° 72.)

Un second succès de M. Kœberlé a été communiqué, le 19 avril, à la Société de médecine de Strasbourg. (*Gaz. méd. de Strasb.*, n° 5.)

Un beau succès de cette opération redoutable par le vagin a aussi été obtenu contre un renversement complet de l'utérus remontant à un second accouchement terminé huit mois auparavant par une matrone, et donnant li eu depuis à des hémorrhagies continuelles. Une fois cette lésion bien constatée, M. Padieu s'occupa d'y remédier par la ligature placée le plus haut possible dans le sillon formé entre le pédicule et le petit bourrelet du col utérin. Les deux bouts du fil sont passés dans les trous de huit gros grains de chapelet, puis la constriction opérée par le serre-nœud ordinaire : opération simple et des plus faciles.

Immédiatement après, douleurs très-vives dans le bassin,

s'irradiant dans les reins, altération profonde des traits ; sueurs froides, pouls très-petit, serré, lent; nausées. Mais tout cet appareil effrayant céda à l'emploi de l'éther, du laudanum et de frictions sèches et chaudes sur les membres; la réaction s'établit et les douleurs se calmèrent. Chaque jour la ligature fut resserrée par quelques tours d'écrou concurremment avec des injections émollientes. Pas d'accidents ultérieurs, et le neuvième jour la ligature tomba avec la tumeur, qui, soumise à l'examen histologique de M. le professeur Robin, fut reconnue pour être bien le tissu utérin.

Le rétablissement de M[me] Caron fut complet, et appelé un an après dans son village, M. Padieu s'assura qu'elle se portait parfaitement et qu'elle s'occupait activement de sa profession de boulangère. Il y avait suppression des menstrues, et il constata par le toucher l'absence du museau de tanche à la partie supérieure du vagin. La partie inférieure du col forme un anneau peu épais, très-souple, insensible, au centre duquel le bout du doigt pénètre aisément dans une espèce de cul-de-sac rétréci et résistant formé immédiatement au-dessus, et qui marque la limite supérieure de ce qui reste de l'utérus. (*Bull. de la Soc. méd. d'Amiens.*)

Ce procédé opératoire est justifié par la médecine comparée, moins riche peut-être sur ce sujet que la pathologie humaine. Sur une vache de sept ans, dont la matrice était sortie complétement après la parturition, M. Ledru, vétérinaire à Pont-Sainte-Maxence (Oise), après un premier succès de réduction le 10 août, ne put l'effectuer neuf jours après. Le tissu utérin était noirâtre, très-friable, et se déchirait avec une effrayante rapidité. Une hémorrhagie abondante avait lieu. Il se décida dès lors à tenter l'excision de cet organe. Du fouet fortement ciré lui servit à cet effet. Après avoir fait le nœud de la saignée, il posa une ligature en double à 10 centimètres du col de la matrice, et la serra lentement, graduellement, durant quatre ou cinq minutes. Un coup de bistouri acheva la section sans hémorrhagie.

Pendant une heure, l'opérée eut des accès vertigineux épouvantables : elle se couchait, se roulait, battait des pieds, montait dans l'auge. Les yeux lui sortaient de la tête, les pattes de derrière fléchissaient comme les chevaux frappés de paraplégie. Puis tous ces désordres se calmèrent peu à peu, et, le lendemain, la bête, très-tranquille, continua à mieux aller sans encombre;

la sécrétion lactée se rétablit promptement, et la guérison eut lieu. (*Recueil de méd. vétérin.*, février.)

En justifiant les opérations semblables pratiquées sur la femme dans des conditions analogues, et dont l'issue fut aussi heureuse, ce succès, qui pouvait les rendre invraisemblables ici, les confirme. Mais il y a loin de ces ablations simples, si l'on peut dire, avec celles qui se font sur l'utérus en place. S'il y a lieu d'être réservé pour celles-là, il faut être sévère pour restreindre celles-ci plutôt que pour les multiplier, malgré quelques succès.

Rupture circulaire. C'est une cause traumatique, contondante, qui est assignée par M. le professeur Binaut à cette lésion mortelle, rencontrée à l'autopsie d'une femme morte à la Maternité de Lille. A 2 centimètres environ au-dessus du col utérin, la demi-circonférence antérieure de l'utérus était complétement déchirée parallèlement au détroit supérieur dans l'état de gestation, bien que descendue dans l'excavation par suite du retrait de l'organe; la demi-circonférence postérieure n'était pas détruite complétement, mais la tunique péritonéale seule subsistait à la partie médiane correspondant à l'angle sacro-vertébral; de chaque côté, le reste du tissu utérin était contus, friable, désorganisé, ce qui indique bien l'action d'une cause mécanique, quoique l'on ne découvrît aucune trace de pus.

Or, cette femme avait fait une chute de trente-deux marches d'escalier, tombant les pieds en bas et l'abdomen sur chaque marche, à huit mois de grossesse, et était entrée à la Maternité huit jours après l'accident, dans un état maladif, souffrant. M. Binaut en conclut que là est l'origine de tous les accidents, et que l'irrégularité de l'accouchement, opéré vingt-cinq jours après, n'en est que la conséquence. Comprimées pendant cette chute, divisée en trente-deux secousses successives, entre le bassin, les marches de l'escalier et la tête du fœtus, les parois utérines n'ont pu manquer d'être violemment contuses, surtout en avant, par l'action directe, comme l'autopsie l'a montré. La lésion, plus profonde au niveau du promontoire, en justifiant l'action mécanique, compressive, de cette partie dans les ruptures de l'utérus, en est une seconde preuve.

Voici donc bien comment les choses se seraient passées : mortification lente des parties contuses; résistance de la tunique péritonéale à l'extérieur et des membranes amniotiques à l'inté-

rieur ; altération graduelle, par ce fait, de la santé de la mère, sans retentissement appréciable sur le fœtus, qui était fort et vigoureux ; pas d'hémorrhagie en raison de la contusion des vaisseaux et la persistance des membranes. De là aussi l'inefficacité des contractions énergiques pendant quinze heures par la division des fibres musculaires, et ensuite l'inertie utérine résistant au seigle ergoté et à la présence du forceps. (*Bull. méd. du Nord*, mai.)

On voit que ce cas remarquable et rare méritait d'être connu dans ses principaux détails. Il indique la résistance diverse des tissus, et peut servir à faire prévoir, soupçonner des altérations que, sans cela, on pourrait attribuer à des causes étrangères.

Gangrène. Si cette désorganisation est rare dans l'état puerpéral, elle l'est bien plus en dehors de cette condition spéciale. Le fait d'une jeune femme de vingt ans observée par M. le professeur Michel (de Strasbourg), et qui en fut atteinte à la suite du choléra de 1854, est donc bien intéressant. Lors de la convalescence, en effet, elle ressentit des douleurs dans le petit bassin, avec frissons répétés, envies fréquentes d'uriner, soif, céphalalgie. Dès le lendemain, une sanie infecte s'écoulait par le vagin, et le troisième jour ce fut en un seul morceau, l'extrémité supérieure du vagin et le col de la matrice, d'un gris noirâtre, de consistance de l'amadou. La portion vaginale du col, grosse comme un œuf de pigeon, mesurait 2 centimètres. L'ouverture du col et sa paroi interne étaient noires, verdâtres, gangrenées.

La portion vaginale détachée est de 5 à 6 centimètres. Elle se termine en biseau. Des taches noires, verdâtres, couvrent la surface interne avec des intervalles d'un blanc pâle, rosé, laissant encore apercevoir les plis transversaux du vagin.

Une perte de substance assez considérable, et constatée par le toucher, résulta de la mortification. Une vaste cavité cylindrique granuleuse, avec un tubercule au centre, était perçue. Néanmoins cette plaie se détergea et se cicatrisa si bien, que la femme guérit parfaitement.

Ce ne fut qu'un an après environ, que M. Michel fut appelé à remédier à de violentes coliques mensuelles, malgré un léger écoulement de sang. Un agrandissement de l'ouverture donna issue à un litre environ de liquide noirâtre et grumeleux.

Cette hystérotomie mit non-seulement fin aux douleurs, mais

une grossesse en résulta, qui ne put arriver qu'à six mois. (*Arch. de méd.*, août.)

Episiorrhaphie. Perfectionnée surtout par les chirurgiens anglais, elle vient de recevoir encore une modification par M. Robert Ellis, surtout dans la manière de pratiquer la suture des parties avivées. Au lieu de la suture enchevillée simple, il emploie trois lames d'argent, espèce de fils plats, larges de 2 millimètres environ, qu'il passe à une distance moyenne de 1 centimètre dans les fentes de tiges d'argent, longues de 8 à 9 centimètres, placées de chaque côté de la vulve. Après avoir rapproché et serré convenablement les parties, il arrête les fils en les tordant sur leur axe comme la vrille d'un tire-bouchon. *Lancet*, décembre.)

La différence est donc dans les matériaux employés. Quant à leur valeur comparative dans cette opération, elle est encore à établir; seulement, la préférence accordée aux fils d'argent sur les autres tend à donner à cette modification une certaine supériorité.

Onguent mercuriel contre les ulcérations rebelles du col. Devant la difficulté de déterminer exactement la nature de ces ulcérations, à défaut de leurs caractères spécifiques, lors même qu'elles coïncident avec la syphilis constitutionnelle, et leur résistance au traitement général et local, le docteur Vertheim, médecin de la division des vénériens de l'hôpital Rodolphe, de Vienne, les a traitées avec des gâteaux de charpie enduits d'onguent mercuriel, renouvelés chaque jour d'abord, puis tous les deux jours, durant deux à quatre semaines. La guérison s'en est suivie dans 14 cas où la cautérisation argentique était restée infructueuse. (*Wiener med. Woch.*, n°s 10 et 11.)

Dans le doute surtout, la solution de chlorate de potasse n'est-elle pas bien plutôt indiquée, d'un usage plus facile et plus rationnel?

Coton ioduré. C'est à modifier les applications topiques sur le col utérin que le docteur Greenhalgh s'est appliqué, pour en rendre l'action plus immédiate. Il dissout à cet effet la substance médicamenteuse dans la glycérine, dont il imprègne des gâteaux d'ouate ou de coton qu'il fait ensuite sécher. Le coton ioduré est ainsi préparé :

Iodure de potassium . . . . 60 grammes.
Iode. 30 —
Glycérine . . . . 250 —

Immergez 250 grammes de coton floche dans cette solution, et après saturation, faites sécher convenablement.

Des rondelles du diamètre d'une pièce de 2 francs sont appliquées sur le col et fixées convenablement, de manière à les laisser vingt-quatre à quarante-huit heures en place (*Lancet*). Les pansements sont ainsi moins fréquents, par une action directe et moins prolongée du médicament. C'est donc là une nouvelle modification pharmaceutique sur tout ce qui s'est fait dans le même but.

Notes cliniques sur la chirurgie utérine dans ses rapports avec le traitement de la stérilité, par le docteur Marion Sims, ancien chirurgien de l'hôpital des Femmes à New-York, traduites de l'anglais par le docteur Lhéritier, médecin consultant de l'empereur. Un vol. in-8° de 500 pages, renfermant 140 figures gravées.

Pathologie et chirurgie du col utérin, par le docteur Bertet (de Cercoux). Mémoire couronné par la Société impériale de médecine de Bordeaux, en 1865; 95 pages in-8°. Librairie *Germer-Baillière.* — Monographie essentiellement pratique, émaillée de nombreuses observations, et qui montre un praticien confiant dans son art. Sans s'astreindre à la forme classique, il montre des connaissances étendues et variées sur ce sujet; quelques idées originales et un tact pratique qui en rend la lecture attrayante et utile. La distinction qu'elle a obtenue est, d'ailleurs, le meilleur témoignage de sa valeur.

V

VACCINE. *Choix et source du vaccin.* M. le docteur Huet-Desprès se guide, à cet égard, bien plus par la limpidité du virus que par l'âge de la pustule, dont le développement varie assez sur les vaccinés, et bien plus fréquemment sur les revaccinés. Aussi s'est-il fait une règle de ne vacciner ou revacciner qu'avec un liquide parfaitement incolore, limpide, et de repousser comme vaccinifères tous les sujets dont les pustules étaient purulentes.

C'est dans ces conditions qu'ayant revacciné, au commencement de 1865, 153 détenus de la Roquette au-dessus de quinze ans, la plupart portant déjà des cicatrices, il a obtenu 113 succès et 32 insuccès, 8 ayant quitté la prison avant la constatation. Résultat assez remarquable pour faire adopter cette règle de conduite. Une observation importante a été faite dans cette expérience au point de vue de la source de cette sérosité vaccinale. L'un des revaccinés ayant eu ses pustules déchirées, volontairement ou non, et du sang et du pus étant à leur surface, M. Huet les lava à l'eau tiède, et attendit pour les recouvrir de taffetas gommé, lorsqu'en s'approchant à cet effet, un quart d'heure au plus ensuite, il vit une sérosité limpide, incolore, sourdre de la plus grosse pustule. Épongée, cette sérosité se renouvela en quelques minutes. Recouvertes de taffetas, ces pustules, examinées le lendemain, étaient de nouveau purulentes. Ramollies, nettoyées avec de l'eau tiède, et mises à vif, une sérosité semblable à celle de la veille recommença à sourdre de nouveau.

Inoculée pour en déterminer la nature et les propriétés, cette sérosité donna lieu à de très-belles pustules vaccinales. L'opération, pratiquée sur des vaccinés depuis douze à quinze jours, ayant une croûte épaisse, donna le même résultat. La croûte enlevée, l'ulcération lavée, mise à vif, puis desséchée, la sérosité ne tarda pas à sourdre, et, inoculée, donna lieu à un très-beau vaccin. (*Union méd.*, n° 1.)

Sans qu'il y ait rien de nouveau dans ce fait sur la source du fluide vaccin, il est démontré par là qu'il continue à se former avec ses caractères inoculables longtemps après la période de suppuration. Il s'agit simplement, pour le découvrir, d'enlever la croûte, de mettre l'ulcère à découvert, et de le nettoyer à l'eau tiède de tout liquide étranger.

Vaccine naturelle. De toutes les maladies virulentes, la morve, la rage, la syphilis, la vaccine était à peu près la seule dont le développement spontané, au sein de l'organisme du cheval, de la vache en particulier, ne fût pas mis en doute. Bien que rare, celui-ci paraissait parfaitement constaté, sans que l'on soupçonnât seulement qu'il pût être dû à l'absorption d'un germe identique. M. Chauveau (de Lyon), le premier, a suscité cette idée que le vaccin, par sa fixité, pourrait bien se disséminer dans l'atmosphère, sous forme de poussière vacci-

nale, à la manière des graines des végétaux. Suspendues dans l'air, ces poussières pourraient bien être entraînées avec lui dans les vésicules pulmonaires, d'où l'infection de l'organisme et l'apparition dite spontanée du *cow-pox* ou du *horse-pox* naturel. Ainsi se trouverait détruite la doctrine de la spontanéité des maladies virulentes.

Cherchant, par l'expérimentation, à démontrer ce fait, M. Chauveau, au lieu de prendre la voie indirecte du poumon, comme il aurait pu le faire par la pulvérisation de croûtes vaccinales inhalées, a injecté directement le virus liquide dans le système sanguin de quatre animaux, et l'échec fut complet. Mais en les répétant sur quatre autres pour le système lymphatique, une éruption de vaccine généralisée apparut chez trois, du septième au douzième jour, avec tous les caractères du *cow-pox* dit spontané. Un cheval eut aux naseaux et aux lèvres l'exanthème type, ainsi qu'une éruption, avec sécrétion abondante aux talons des membres postérieurs. Une jument eut des boutons sur tout le corps, principalement à la région mammaire et aux lèvres. Sur une autre jument, l'éruption se montra surtout aux organes génitaux et à la face interne des cuisses.

Et, comme preuve de la légitimité de cet exanthème, le virus en ayant été inoculé à la vache et à l'enfant, donna lieu à une vaccine à évolution extrêmement prolongée, comme dans le cas où le *cow-pox* dit spontané a été inoculé à l'espèce humaine. D'où l'auteur de ces expériences infère avec beaucoup trop de précipitation, selon la plupart des médecins, que l'on peut ainsi produire à volonté, et avec son activité spéciale, la vaccine naturelle considérée à tort jusqu'ici comme spontanée. (*Acad. de méd.*, avril.)

Il n'y a là au contraire qu'un résultat de l'inoculation, bien connu par les expériences faites avec le virus syphilitique.

Mais il y a là, ajoute M. Chauveau, un effet différent de l'inoculation sur place, qui, tout en exerçant une action générale sur l'économie, n'est suivie que de la germination sur place du virus. La comparaison du *horse-pox* naturel dit *spontané* avec le *horse-pox général* produit de l'expérimentation, ne révélant aucun caractère différentiel, il n'est donc plus possible d'invoquer la prétendue spécialité du mode de manifestation, comme preuve de la spontanéité réelle du premier. Mais, dit M. Leblanc, si le vaccin *horse-pox* ou *cow-pox* était toujours

communiqué et résultait d'une absorption virulente, il se montrerait plus fréquemment.

Quant à donner la généralisation comme caractéristique de l'absorption du vaccin par une autre voie que celle de la peau, ce caractère n'existe pas absolument, puisque l'inoculation variolique et parfois même l'inoculation vaccinale y donnent lieu. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Toutes ces expériences et ces distinctions subtiles se réduisent donc à la production d'une éruption généralisée par l'injection du virus vaccin.

Vaccine animale. C'est sur ce sujet qu'a porté le rapport annuel de M. Depaul à l'Académie de médecine en 1865.

Trois questions ont été posées par lui à cet égard :

1° Savoir si elle permet de conserver au virus toute sa pureté, et met à l'abri de toute contamination.

2° Si elle est supérieure à la vaccine humaine.

3° Et s'il est possible qu'elle réponde à tous les besoins.

Affirmatif sur la première, en raison de l'âge des génisses et de leur immunité à la contagion syphilitique, le rapporteur ne tient aucun compte des autres maladies dont elles peuvent être infectées. D'ailleurs n'est-il pas en contradiction avec lui-même, comme l'a fait remarquer justement M. Ricord : lui qui admet la transmission de la vérole au lapin et au chat, n'a-t-il pas lieu de redouter, par induction, qu'elle ne se transmette aux autres animaux, à la vache en particulier? Que l'inoculation des accidents primitifs du chancre simple, du chancre mou ait réussi, personne ne le nie plus, et cela n'est pas à redouter, puisque cette inoculation s'éteint sur place; mais, en admettant que la fameuse chatte de l'hôpital des Vénériens avait la vérole constitutionnelle, M. Depaul n'est pas rigoureux en admettant que la race bovine est réfractaire à cette infection. Lui qui admet si facilement et par induction, pour les besoins de sa cause, les faits venant à l'appui de son système, devrait être plus rigoureux au moins pour ceux qui lui sont contraires. Le fait inédit d'une femme revaccinée avec le *cow-pox* Lanoix, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Lorain, et ayant présenté ensuite un chancre induré sous l'une des pustules, sans que le mode de contagion soit parfaitement élucidé, montre au moins que M. Depaul s'est trop hâté de conclure sur ce point en faveur de la pureté et de la non-con-

tamination du vaccin animal. Son avantage sur la vaccine humaine n'est pas même démontré sous ce rapport.

Un singulier argument est invoqué pour faire cette démonstration, sur le second point. C'est la durée plus longue du vaccin animal. De l'avis de tous ceux qui ont expérimenté la nouvelle méthode, dit M. le rapporteur, les premières manifestations sont plus lentes à se produire; il n'est pas rare de ne voir rien paraître le troisième, le quatrième, le cinquième, le sixième, le septième jour et même plus tard encore. La tardive apparition de l'éruption est un des caractères de cette vaccination, et tandis qu'elle est une exception assez rare avec le vaccin humain, on peut la considérer comme la règle avec le vaccin de la génisse. Il est assez commun aussi de constater sur le même individu que les boutons ne paraissent pas à la même époque, et tandis que quelques-uns se sont montrés le troisième et le quatrième jour, d'autres sur lesquels on ne comptait plus signalent leur présence seulement le cinquième, le sixième, le septième et même le huitième jour.

Ce n'est pas que les phénomènes généraux sont plus accentués. « Si quelques enfants, dit-il, deviennent plus inquiets et ont la peau un peu plus chaude, le plus grand nombre restent calmes, comme cela s'observe chez les individus inoculés avec le vaccin humain,

Quant à l'éruption, l'inflammation locale est plus vive, la pustule prend généralement des proportions un peu plus grandes. L'auréole inflammatoire semble être un peu plus précoce, et en général elle prend des proportions plus considérables. La peau devient rouge, luisante, tendue; l'inflammation parfois s'étend jusqu'au tissu cellulaire. Les ganglions axillaires se prennent plus souvent que d'habitude, et la réaction fébrile secondaire ou de suppuration, offre habituellement des caractères plus accentués.

Rien n'autorise donc, d'après cela, à conclure à la supériorité du vaccin animal, comme l'a fait son propagateur en France, M. Lanoix; on serait fondé au contraire à y voir une infériorité relative dans son activité, par la durée plus longue de l'incubation et la marche plus lente de l'éruption. Des cas semblent même confirmer cette interprétation. Exemple, celui de M. Gros : six inoculations pratiquées avec du vaccin en tubes ne présentaient aucune trace d'évolution au bout de dix jours. A cette époque, la vaccination de bras à bras ayant été prati-

quée, les premières piqûres avec le vaccin animal se développèrent simultanément avec celles du vaccin jennérien. Le mode d'inoculation peut aussi contribuer à la plus grande largeur des pustules et la présence d'engorgements ganglionnaires ; il faut donc en tenir compte. D'ailleurs, ces signes ne sont pas constants, et M. Hervieux les regarde même comme accidentels.

Les résultats statistiques invoqués ne décident pas mieux la question. Sur le chiffre total de 1733 revaccinations, invoqué par M. Lanoix, il n'y a eu que 496 succès, soit 28,62 pour 100 ; et si cette proportion s'est abaissée à 18 pour 100 pour les revaccinations pratiquées à l'Académie de médecine en 1858, sur l'armée de Paris, avec du vaccin humain, elle s'est élevée à 66,40 pour 100 en 1864, et à 41,40 pour 100 en 1865. Elle a été de 30 pour 100 sur les revaccinations pratiquées sur une grande échelle, dans l'armée de plusieurs États de l'Allemagne, notamment la Prusse, où les succès d'emblée se sont élevés à 62 pour 100 en 1865. On constate ainsi une proportion croissante de succès en poursuivant exactement la pratique des revaccinations avec le vaccin jennérien, proportion supérieure à celle que donne le vaccin animal, surtout si l'on fait entrer en ligne de compte les résultats isolés obtenus dans les hôpitaux, et relatés à la *Société médicale*. Ainsi, à Saint-Louis, M. Laillier n'a constaté qu'un seul succès sur 30 à 35 revaccinations ; la plupart ont aussi été négatives dans le service de M. Hillairet, de même qu'à Saint-Antoine dans celui de M. Boucher. M. Moutard-Martin n'a eu que 3 succès sur 75 revaccinations.

Or, que l'on attribue cette grande proportion d'insuccès à l'âge trop avancé du vaccin ou à son emploi en tubes, ils ne déposent pas moins contre ce mode de vaccination.

En comparant l'action de l'un et l'autre vaccin par les résultats obtenus sur les nouveau-nés à la Maternité, vaccinés en 1865, M. Hervieux a obtenu les résultats suivants :

	Vaccin humain.	Vaccin animal.
Vaccinations	95	84
Résultats inconnus	8	5
Échec complet	19	16
Papules imperceptibles	»	4
1 pustule	9	10
2 —	12	11
3 —	15	15
4 —	15	8
5 —	13	10
6 —	12	5

Les revaccinations sur des femmes de cette institution, au nombre de 156, n'ont donné que 26 succès complets, 40 incomplets, et 90 insuccès. Sur une centaine, M. Guéneau de Mussy en a vu réussir la moitié environ, mais cette proportion n'a été que d'un tiers dans la pratique de M. Bourdon (*Soc. des hôpit.*, janvier). Les proportions les plus favorables ne diffèrent donc pas tellement de celles obtenues avec le vaccin humain, que l'on puisse invoquer une supériorité quelconque du vaccin animal.

Sur la troisième question, résolue non moins affirmativement que les autres, bien des objections ont déjà été faites. Comment avoir partout et toujours une génisse à point pour donner son vaccin, car, avec la difficulté reconnue et constatée aujourd'hui de le recueillir et de l'envoyer en tubes, il n'y a guère à compter sur cette ressource. Recueilli dans des tubes, dit M. Empis, il doit être inoculé aussitôt, car il se coagule très-rapidement, et forme sur la lancette une petite masse gélatineuse qui glisse sur elle au moment de la piqûre et ne pénètre pas dans la plaie. Il n'y a donc pas à insister actuellement sur les moyens proposés dans le rapport pour organiser ce service. Avant tout, il faut démontrer la supériorité du vaccin animal, et c'est à ce titre seulement qu'un crédit de 6000 fr. a été demandé par l'Académie pour faire des expériences à ce sujet. L'essentiel est qu'elles se fassent comparativement et avec impartialité.

L'inoculation avec le vaccin de génisse, pratiquée pendant l'incubation de la variole, n'empêche pas celle-ci, et n'en atténue pas même la gravité. Exemple : Une femme de vingt-huit ans, non vaccinée, entre à la Pitié pour une scarlatine, dont elle guérit. Le 22 février, elle est vaccinée avec le virus de la génisse, et le 26 elle sort de l'hôpital. Mais, la nuit suivante, les prodromes de la variole se déclarent, et elle rentre à l'hôpital, où M. Gallard constate une éruption vaccinale en plein développement, alors que l'éruption variolique commençait à peine, et la malade succombe le 9 mars. D'où l'indication pratique de vacciner à l'entrée même des malades à l'hôpital, pour atteindre plus sûrement le but préservatif de la vaccine. (*Soc. méd. des hôpit.*, mai).

L'insuccès de la vaccination ou de la revaccination avec le vaccin de génisse ne comporte pas l'inaptitude à contracter la

variole. Exemple : Un jeune convalescent d'une broncho-pneumonie est revacciné sans succès par M. Lanoix, à l'hôpital Beaujon, service de M. Gubler; deux jours après, il présentait les prodromes de la variole. Il n'est pas rare de voir des individus résister à une ou plusieurs inoculations, contracter ensuite la variole. (*Soc. méd. des hôpit.*, mai.)

Sur 67 malades — 39 hommes et 28 femmes — revaccinés le 11 janvier, dans les salles Sainte-Athanase et du Rosaire, de la Pitié, et qui portaient des cicatrices légitimes de vaccin, je n'ai eu, dit M. Féréol, que 7 succès, dont 6 avec de très-belles pustules vaccinales, un peu petites et pâles, comme cela a lieu ordinairement avec le vaccin animal, chez des sujets de vingt-cinq à trente-cinq ans; au-dessus comme au-dessous de cet âge il n'y a eu que des insuccès, moins un de vaccinoïde, chez une femme de vingt et un ans. (*Soc. des hôpit. de Paris*, janvier.)

Étude sur la vaccination animale, par M. le docteur Lanoix. Brochure in-8° de 50 pages. — Réunion des trois mémoires lus à l'Académie de médecine par l'auteur, avec une préface. C'est l'histoire prise sur le fait de ce mode de vaccination en France, par son initiateur. — Librairie *Germer Baillière.*

Vaccin animal et vaccin humain. *Résultats comparés.* Voulant se rendre compte de leurs effets consécutifs, l'Académie de médecine de Belgique a institué des expériences dans l'office de M. Warlomont à cet effet. Elles ont porté sur soixante-trois sujets. Vingt-six enfants inoculés par six piqûres avec le cow-pox de génisse à bras ont offert au huitième jour :

7 enfants	....	6 pustules.
7 —	....	5 —
4 —	....	4 —
2 —	....	3 —
3 —	....	2 —
1 —	....	1 —

2 ne se sont pas représentés.

Dix enfants vaccinés au bras gauche de génisse à bras, et au bras droit avec du cow-pox animal conservé dans des tubes depuis huit, quinze et vingt-deux jours, ont également offert des vaccinations bien réussies.

Dans une troisième série d'expériences, vingt-trois enfants ont été inoculés comparativement de génisse à bras d'un côté,

de bras à bras de l'autre, avec du vaccin humain de 1re, 2e et 3e transmission. Or, sans rappeler en détail les résultats, la commission a constaté, dit M. Marinus dans son rapport, que les pustules produites par le vaccin humanisé, sont plus belles et mieux développées, que celles résultant, chez le même individu de l'inoculation faite avec le vaccin animal. (*Bull. de l'Acad.*) Les faits s'accordent donc à montrer partout l'infériorité relative du vaccin animal au vaccin humain.

Une commission de la Société de vaccine d'Amsterdam, appelée à pratiquer et à examiner comparativement des inoculations faites avec le vaccin humain et le vaccin animal envoyé en tubes de Bruxelles, dit dans son rapport « qu'à la première inoculation, les pustules de celui-ci se développèrent lentement et étaient au huitième jour moins avancées que les pustules observées d'ordinaire, après l'emploi du vaccin humain, » tous droits réservés. (*Presse méd. belge*, n° 36.)

S'il est vrai qu'à la seconde génération on observe le contraire, ce n'est pas moins là un témoignage irrécusable de la faillibilité déjà proclamée par la voix publique et qui est un des plus puissants obstacles contre la généralisation de son emploi

Aiguille vaccinale. A celle de M. Depaul, le docteur Danet en joint une seconde consistant tout simplement en une aiguille très-fine, terminée à l'une de ses extrémités par une cupule fermée par une membrane en caoutchouc servant à faire le vide et à chasser le liquide qui s'y trouve enfermé par la pression. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Vaccine syphilitique. A la suite d'une communication de MM. les docteurs Closmadeuc et Denis à l'Académie de médecine relative à des accidents de syphilis observés sur un grand nombre d'enfants du Morbihan à la suite de vaccination, MM. Depaul et Roger furent délégués par l'Académie pour observer et constater les faits. Or, il appert de leur rapport :

1° Que plusieurs des enfants soumis à leur examen étaient réellement atteints d'accidents primitifs et secondaires de la syphilis ;

2° Qu'il paraît impossible d'expliquer leur contamination autrement que par la vaccination ;

3° Quant à l'origine du mal, il leur a paru très-probable, après enquête, que c'était dans le liquide vaccinal envoyé par

la préfecture de Vannes qu'il fallait la placer. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Par le nombre des enfants atteints, la gravité des accidents et le retentissement de ce drame, il est l'analogue de celui de Rivalta, qui a surtout contribué à éveiller l'attention médicale et suggéré des études à cet égard.

VAGINISME. M. Marion Sims, le célèbre gynécologiste américain, appelle ainsi un état d'hyperesthésie excessive de l'hymen et du vagin, accompagnée de spasme involontaire du sphincter assez considérable pour s'opposer à la copulation. C'est l'atrésie des auteurs, dont on trouvera un exemple remarquable à ce mot. Quoique paraissant assez rare d'après les cas publiés, cette affection serait fréquente d'après l'auteur, surtout dans la classe aisée ou ces *gynécées sanitaires*, maisons de santé consacrées aux maladies des femmes. En moins de dix ans, il en a opéré trente-neuf cas.

Une douleur locale au plus léger attouchement est le caractère principal, différentiel de cette affection avec l'atrésie. Elle existe surtout au niveau et de chaque côté du méat urinaire, là précisément où la membrane hymen prend son origine. Elle augmente encore au niveau de l'orifice de la glande vulvo-vaginale, mais souvent c'est à la fourchette là où l'hymen se relève, qu'est le point le plus douloureux, surtout quand il y a rougeur et érythème. On rencontre parfois ici et là de petites excroissances rougeâtres, polypeuses, sorte d'hypertrophies ou d'oblitérations glandulaires.

Ordinairement épaissi et volumineux, l'hymen sur toute sa surface externe est douloureux, le moindre attouchement y produit une contraction spasmodique, involontaire et simultanée des sphincters de l'anus et de la vulve, tandis qu'à en juger avec la sonde, il n'en est pas de même à l'intérieur.

Le traitement est entièrement chirurgical et comprend l'excision de l'hymen, la division du sphincter et la dilatation consécutive, sans que celle-ci puisse jamais précéder ni suppléer les deux autres.

Excision de l'hymen. La femme placée sur le côté gauche, on saisit cette membrane avec de fines pinces au niveau de sa jonction avec l'urèthre à gauche et en la tendant, on l'incise dans toute la circonférence de façon à l'enlever graduellement

d'une seule pièce. Trois ou quatre jours suffisent à la cicatrisation, après quoi l'on passe au second temps.

Division du sphincter. La patiente étant couchée et chloroformée, le chirurgien introduit l'index et le médius de la main gauche dans le vagin, puis les écartant autant que possible latéralement, il entame profondément le sphincter avec un bistouri ordinaire d'un côté de la ligne médiane en dirigeant son incision de haut en bas pour l'arrêter au raphé. Elle forme ainsi le côté d'un Y ; pareille incision est immédiatement pratiquée du côté opposé. Chacune doit avoir une étendue de deux pouces environ, soit un demi-pouce au-dessus de la marge du sphincter, autant à travers ses fibres qu'elle divise et un pouce depuis son bord inférieur jusqu'au raphé.

Dilatation. En cas d'hémorrhagie, le dilatateur doit être introduit immédiatement, sinon après vingt-quatre heures seulement. C'est un cylindre en métal, en ivoire ou en verre avec une dépression centrale qu'on laisse en place, en l'adaptant convenablement une à deux heures le matin et autant le soir, et répétée ainsi jusqu'à entière cicatrisation des plaies et abolition de toute sensibilité douloureuse.

Sur 39 opérations, il y a eu 39 succès! (*Gaz. des hôp.*, nº 87.)

Si cette opération est infaillible, il faut reconnaître aussi qu'elle est cruellement longue et compliquée et qu'il faudra à une femme toute la triste expérience de sa situation et la promesse d'y mettre fin, pour s'y soumettre ; encore devra-t-on lui en laisser ignorer les détails.

VAGINITE. C'est à la cautérisation de la muqueuse vaginale dans tous ses moindres replis ou plutôt au badigeonnage avec une solution concentrée d'azotate d'argent que M. Nonat donne la préférence, quel que soit le caractère de cette maladie. Il se sert à cet effet de deux pinceaux ; un petit en poil sert à pénétrer dans le fond et les replis du cul-de-sac vaginal lorsque le spéculum bivalve l'a mis à découvert, l'autre en charpie sert à badigeonner le vagin à mesure que le spéculum, en se retirant, met la muqueuse à découvert. Pas un seul point ne doit être oublié.

Si l'on voit aussitôt l'inflammation et la sécrétion augmenter notablement, l'orage s'apaise après deux à trois jours et l'amé-

lioration se dessine. On ne renouvelle cotte cautérisation que tous les cinq ou six jours, en diminuant la force do la solution. Des cataplasmes, des bains sont les adjuvants indispensables de cette médication héroïque. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, janvier.)

VARICES. *Traitement chirurgical.* Intercepter le cours du sang dans les vaisseaux variqueux a été le but constant des chirurgiens et plusieurs méthodes ont été proposées et employées à cet effet. M. le docteur Faure, plus hardi que ses devanciers, dit aussi avoir mieux réussi. Aux diverses espèces de ligature et même à la division sous-cutanée, il a substitué la section de dehors en dedans. Avec un bistouri convexe, il divise la peau et la varice transversalement par une incision semi-lunaire et disséquant le lambeau, — à convexité supérieure sans doute, — il place dessous un fragment d'agaric et entoure ensuite tout le membre d'un bandage compressif. Cette opération est répétée au besoin sur toutes les veines variqueuses.

Trois observations témoignent des bons effets de cette opération. L'affaissement des varices les plus volumineuses est immédiat sans perte notable de sang, surtout si on lie le membre au-dessus et au-dessous du point à diviser. L'interruption de la circulation n'a pas provoqué de nouvelles varices ni d'engorgement du membre ; la seule manifestation remarquable est un certain nombre de petites tumeurs un peu douloureuses, se développant sur le trajet des varices semblables aux nodosités de l'œdème noueux, moins la douleur ; mais elles disparaissent spontanément après quelques jours. (*Arch. de méd.*, mars.)

Ulcères variqueux. Encouragé par ces succès et partageant cette idée communo que la convexité prononcée de la région qui supporte ces ulcérations et l'altération des tissus environnants et sous-jacents est ce qui s'oppose à leur guérison, M. Faure leur a appliqué le même procédé. Les circonscrivant par deux incisions courbes qui divisent les téguments dans toute leur épaisseur, se rejoignant à leurs extrémités, il en dissèquo les bords de manière à détacher des parties sous-jacentes, tout co qui entouro l'ulcère. Chacune dos veines est ainsi coupée dans toute son épaisseur et l'ulcère se trouve renfermé dans un îlot de tissus isolé par les bords du reste des téguments. Un grand changement est ainsi apporté dans la circulation des

parties ulcérées qui, soustraites à tout tiraillement et n'ayant plus rien qui les empêche d'obéir à leur force de contractilité propre, se cicatrisent promptement.

Le résultat se révèle instantanément par un écartement de presque 1 centimètre de large des lèvres de l'incision, et de rouge, tuméfiée et tendue qu'elle était, la partie se décolore, s'affaisse et devient molle et flexible. Dès le lendemain, l'ulcère a perdu beaucoup d'étendue, ses bords se sont effacés comme quatre observations en témoignent hautement. (*Idem.*)

VARICOCÈLE. Reprenant l'usage des injections coagulantes de Pravaz pour la cure de cette affection, M. Maisonneuve en a modifié le procédé opératoire. Au lieu de se servir du trocart ordinaire muni de sa canule qui était souvent un obstacle et un danger à la ponction du vaisseau, il emploie une canule trocart analogue à celle dont on se sert dans la méthode hypodermique. Dès lors, on a immédiatement la preuve de la pénétration dans la veine par le jet du sang, ce qui est beaucoup plus simple et plus sûr.

Une seule injection suffit à l'oblitération de toutes les veines; mais elle doit être assez abondante et ne pas compter moins de 20 à 25 gouttes de la solution normale de perchlorure de fer neutre et chimiquement pure; trois succès rapportés par M. Maisonneuve justifient la préférence accordée à cette méthode et les conclusions suivantes de son mémoire :

1° Les injections coagulantes de perchlorure de fer, à 32 degrés, d'après la méthode de Pravaz, constituent sans contredit la meilleure méthode opératoire pour la guérison radicale des varices.

2° Jusqu'à présent, des difficultés d'exécution avaient empêché l'application de cette précieuse méthode à la cure du varicocèle.

3° Grâce au nouveau procédé que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, ces difficultés n'existent plus, et la cure du varicocèle, devenue désormais aussi simple que celle des varices ordinaires, pourra s'effectuer sans crainte aucune pour la vie des malades, non plus que pour l'intégrité de leurs fonctions génitales. (*Acad. de méd.*, janvier.)

VARIOLE. *Altérations musculaires.* Constatées dans la fièvre typhoïde et l'endocardite ulcéreuse (Voy. *année* 1865),

elles ont été également reconnues depuis dans diverses maladies fébriles, notamment dans la variole. Ainsi, sur 11 autopsies de sujets morts de cette affection, 5 femmes et 6 hommes, de dix-neuf à quarante-deux ans, M. Hayem a noté neuf fois des altérations musculaires très-manifestes, et dans deux autres cas où la mort a eu lieu rapidement, les notes ne portent qu'un degré intense d'hypérémie musculaire; mais dans ces deux cas, un petit nombre de muscles seulement ont été examinés.

Dans l'impossibilité d'examiner dans chaque autopsie tous les muscles du sujet, il a rencontré bien souvent plusieurs fibres altérées dans tous ceux qu'il avait choisis.

Les grands droits de l'abdomen, les adducteurs des cuisses, les psoas, les muscles fessiers, les jumeaux et soléaires, les sacro-lombaires ont été examinés de préférence. Le cœur a été examiné.

Cet examen des muscles a été fait d'abord à l'état frais, puis après quelques jours de macération dans l'acide chromique.

Les réactifs employés sont : l'acide acétique plus ou moins étendu, la solution de potasse de Moleschott, l'éther, le chloroforme et l'eau iodée.

On peut distinguer trois degrés dans les lésions observées et se résumant ainsi :

Premier degré : Vascularisation; tuméfaction et aspect granuleux des fibres musculaires, avec commencement de multiplication des noyaux musculaires et de ceux du périmysium; à l'œil nu, on ne trouve que des changements peu considérables dans la couleur et la consistance des muscles.

Le deuxième degré comprend tous les changements que peut présenter la fibre musculaire jusqu'à sa désorganisation complète, c'est-à-dire : état granuleux plus avancé, dégénérescence cireuse (Zenker) et combinaison de ces deux états; à l'œil nu, décoloration générale du tissu, fragilité des fibres; une extravasation sanguine quelquefois considérable peut l'accompagner.

Le troisième degré est représenté par de véritables foyers de désorganisation musculaire, ramollissement, diffluence des faisceaux, coloration jaunâtre ou violacée brunâtre lorsqu'il y a eu du sang épanché. On ne retrouve plus au microscope que des débris de tissu musculaire. Pour faire comprendre l'ensemble de ces lésions, l'auteur a cru pouvoir les comparer à celles que l'on trouve dans le rein et les tubes urinifères, aux pé-

riodes d'exsudation et de désorganisation de la néphrite albumineuse.

A côté de ce travail destructeur, à mesure que les fibres altérées se morcellent, se désagrègent, s'atrophient, disparaissent, il se fait concurremment un travail important dont le but est la reproduction des fibres musculaires. Ce fait déjà signalé par Zenker et Waldeyer pour la fièvre typhoïde, est, pour M. Hayem, aussi général que les altérations elles-mêmes. Le point de départ de la reproduction des fibres musculaires est double. Elle se fait aux dépens des noyaux musculaires multipliés, et d'un autre côté, à l'aide des noyaux du périmysium interne que l'on voit se produire quelquefois en très-grande abondance le long des capillaires. Ces derniers faits montrent d'une façon générale qu'au bout d'un certain temps, les muscles sont régénérés et reproduits, et que par conséquent, à la fin de la convalescence des maladies où se rencontrent les altérations décrites, un certain nombre de faisceaux musculaires sont de formation nouvelle. (*Soc. de biologie* et *Gaz. méd*, novembre 1866.) — Voy. Muscles.

Purgatifs. Préconisés par M. le docteur Ollive, comme favorisant l'expulsion du virus variolique. Depuis trente-cinq ans environ qu'il les administre, avec l'expérience acquise dans cinq épidémies, il n'a pas perdu un seul malade. Administrés au début, ils arrêtent tous les symptômes et la convalescence arrive après quelques jours. Plus tard, sans empêcher les pustules de se montrer, celles-ci restent bientôt stationnaires dans leur développement ; elles se dessèchent et tombent sans laisser de macules. Il est rare de les voir confluentes. (*Revue de thér. méd. chir.*, nº 9.)

Transmission. Une expérience de M. Kuchenmeister sur la transmission du virus, est curieuse sans être concluante. Un mouton n'ayant rien offert, après avoir respiré l'air traversant des tubes remplis de sérosité variolique, sa bouche et son nez furent enveloppés d'une chemise d'un varioleux portée avant la formation du pus. Neuf jours après, des pustules varioliques existaient à la face interne des cuisses. D'où l'auteur conclut que ce virus est volatil. (*Gaz. des hôp.*, juin.)

VERSION. A la position dorsale de la femme, le professeur

Martin préfère celle du côté correspondant à l'extrémité pelvienne du fœtus. Placé derrière la femme, il fixe l'utérus avec la main correspondante au côté sur lequel la femme repose et agit de l'autre. Il prévient ainsi la collision avec le promontoire et, l'utérus étant fixé ainsi, la main a beaucoup plus d'aise, de facilité à saisir l'un des pieds. (*Monatscthr. Geburtsk*, décembre 1865.)

Nouveau procédé. Pour saisir les pieds du fœtus dans certains cas de version difficile, M. Chassagny propose de recouvrir l'index d'un doigt de gant ouvert à ses deux extrémités. Entre la peau du gant et la face palmaire de l'index, on place un lacs double en ruban, dont l'anse est en rapport avec la pulpe du doigt, et dont les extrémités libres, juxtaposées, sont ramenées sur la face palmaire de la main. Avec le doigt ainsi armé, l'opérateur contourne la cheville du fœtus, et avec l'index de la main libre, il ramène l'anse à l'extérieur. Maintenant toujours le doigt en place, l'accoucheur passe les deux extrémités du lacs dans l'anse attirée au dehors, et produit autour du membre un nœud coulant qui donne un excellent moyen de préhension. Cela fait, il retire l'index introduit le premier et laisse en place le doigt de gant. » (*Journ. de méd. de Lyon*, juillet.)

Comme une conclusion, ces derniers mots résument tout le bénéfice du procédé en plaçant un corps intermédiaire entre le lacs et la peau du fœtus. Mais il faut arriver à le placer. L'auteur a oublié de préciser dans quelles conditions il s'agit de le faire. Ce ne saurait être dans ces cas de version difficile où la main parvient difficilement à saisir les pieds, car les deux mains, indispensables ici, ne sauraient passer quand une seule le peut à peine. C'est donc quand un pied est déjà abaissé; mais alors le plus difficile est fait, et si c'est bien fait, il ne s'agit plus que d'un simple moyen de préhension et de traction.

VÉSICATOIRES. La cystite cantharidienne avec fausses membranes résultant de leur application et démontrée par M. Morel-Lavallée, le premier, a été confirmée par M. Guibout. Il a recueilli, chez un homme atteint d'une violente cystite cantharidienne avec hématurie, à la suite de trois vésicatoires successifs, un petit corps cylindroïde, effilé à ses deux extrémités, de couleur blanc grisâtre, rappelant celui de la fibrine

décolorée et coagulée depuis quelque temps, qu'il avait expulsé par l'urèthre.

La mort peut même en être la conséquence. A la suite de quatre vésicatoires successifs, appliqués coup sur coup à la même place pour combattre une pleurésie, une cystite suraiguë se manifesta chez un malade du Val-de-Grâce ; puis l'adynamie survint, qui amena promptement une terminaison funeste. L'autopsie révéla la présence de foyers apoplectiques dans les reins et la vessie.

Sur la nouvelle que ces vésicatoires, ordinairement d'un grand diamètre, avaient été posés exactement les uns sur les autres et laissés en place durant vingt-quatre heures environ, il n'y a pas lieu de s'étonner de ces catastrophes. La simple précaution de les appliquer à côté les uns des autres et de ne les laisser en place que le temps nécessaire à leur action, c'est-à-dire huit à dix heures, eût suffi à les prévenir. (*Soc. médic. des hôp.*, octobre.)

VESSIE. *Gargouillement vésical.* En pratiquant le cathétérisme dans le cas d'affections chroniques des voies urinaires, j'ai souvent été frappé, dit M. le docteur Higguet, lors de la sortie des dernières gouttes d'urine par la sonde, d'un gargouillement accompagné du retour dans le cathéter de la goutte pendante à son extrémité comme si elle était aspirée et de sa sortie consécutive. Cette aspiration du liquide, coïncidant avec l'inspiration et l'expiration, produisant un second bruit avec sortie du liquide mêlé d'air, je dus rapporter ce gargouillement à l'entrée et à la sortie de l'air par la sonde.

Restait à en déterminer la cause. Tous les malades présentant ce phénomène avaient de la difficulté à uriner et des envies fréquentes. Les parois de la vessie étaient inégales, traversées par des reliefs ou des colonnes. Le palper décelait un corps ovoïde, gros comme le poing, persistant, après l'évacuation de l'urine. C'était donc une *hypertrophie des parois vésicales.*

Ce phénomène s'explique dès lors par l'épaisseur, la densité des parois vésicales et la diminution de leur capacité. Sollicité par la présence de l'instrument, le malade contracte avec énergie les muscles du ventre et du périnée, pour chasser le reste d'urine et donner les derniers coups de piston ; les parois vésicales refoulées se mettent momentanément en contact ; mais, dès que ces contractions cessent, ces parois, en vertu de leur

élasticité, se redressent, s'éloignent. Il se forme donc un vide suivi d'une aspiration à travers la sonde. L'air, en se précipitant dans la poche, rencontre une certaine quantité d'urine contenue dans l'algalie, et produit un gargouillement en s'y mélangeant. Survient une nouvelle contraction, l'air et l'urine s'échappent de nouveau de la sonde en faisant entendre le même bruit.

Cette aspiration et le gargouillement qui en est la suite ne s'observent pas si le malade urine librement et sans le secours de la sonde. Le vide formé alors ne peut être comblé par l'air; l'accolement des parois de l'urèthre empêche ce gaz dans la vessie. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liége.*)

C'est donc là un symptôme spécial à l'hypertrophie des parois vésicales; quatre observations signalées par l'auteur en déposent. Il suffira de le signaler à l'attention des praticiens pour qu'ils l'observent et cherchent au besoin à en déterminer la production. Son absence peut ainsi devenir un moyen comparatif de diagnostic des affections souvent si obscures du réservoir de l'urine.

Z

ZONA. Il résulte de plusieurs faits collectés par MM. Charcot et Cotard qu'il se développe sur le trajet des nerfs frappés de névrite, sans l'intervention d'une lésion des ganglions des racines postérieures. Mais l'inconstance de cette manifestation pathologique ne permet pas d'en saisir la cause positive. (*Soc. de biologie.*)

FIN.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.



